

Fibrilhação auricular e prevenção do tromboembolismo

Estudo numa população de utentes de Centros de Saúde

PAULO ASCENSÃO*

RESUMO

Introdução: Realizado no âmbito da Rede Médicos-Sentinela, este estudo pretendeu estimar a prevalência de Fibrilhação Auricular conhecida, caracterizar regimes terapêuticos usados (anti-arritmico e anti-trombótico) e, seguindo algumas recomendações internacionais, estratificar o risco trombo-embólico e apreciar opções terapêuticas.

Métodos: Estudo descritivo transversal que decorreu de Junho a Novembro de 2003. Os 43 médicos participantes identificaram nos utentes das suas listas ($n=67.654$) os casos de portadores de Fibrilhação Auricular (FA) diagnosticada antes da data de início do estudo e aplicaram a esses casos um questionário com as seguintes variáveis: sexo, idade, características da FA (presente ou passada), tentativa de cardioversão anterior, patologias concomitantes, terapêuticas anti-arritmica, anti-agregante plaquetária e hipo-coagulante utilizadas.

Resultados: Identificaram-se 359 casos, ocorrendo todos em maiores de 34 anos (prevalência de 0,94% nesses grupos etários), 302 casos com FA presente (84,1%) e 52 (14,5%) com FA passada (paroxística ou convertida a ritmo sinusal). As terapêuticas antiarrítmicas mais frequentes foram: digoxina isoladamente (78 casos - 25,8%); amiodarona isoladamente (75 casos - 24,8%); em 123 casos (40,8%) não estava prescrita nenhuma. Dos doentes sem FA presente na data do estudo, 30 (57,8%) não tinham qualquer antiarrítmico prescrito. Aos outros 22, o mais prescrito foi a amiodarona (15 casos - 28,9%).

Discussão: Apesar de parecer que os anti-arrítmicos mais utilizados nos casos de FA presente não coincidiram com as recomendações seguidas, não foi possível saber se, para tal, houve alguma fundamentação clínica. Identificaram-se 116 doentes (32,3%) de baixo risco trombo-embólico, e 243 (67,7%) de risco tromboembólico moderado/elevado. Verificou-se que 66 (56,9%) doentes de baixo risco faziam anti-agregação plaquetária mas desses, 35 (30,2%) associavam-na a anti-coagulação. Em 27 (23,3%) usavam ácido acetilsalicílico, conforme recomendado. Faziam anti-coagulação oral 113 (46,5%) doentes de risco moderado-elevado e, dos que a não faziam, 31 (24,2%) apresentavam contra-indicações conhecidas.

Palavras-Chave: Médicos Sentinela, Fibrilhação Auricular, Risco Trombo-embólico, Anti-coagulação, CHADS₂

INTRODUÇÃO

Fibrilhação Auricular (FA), a arritmia cardíaca mais frequente do adulto, tem uma prevalência de 0,4% na po-

pulação global, ligeiramente superior nos homens e aumenta com a idade, atingindo 1% nos adultos menores de 60 anos e 6 a 9% nos maiores de 80¹⁻⁴. Para além de eventuais consequências hemodinâmicas imediatas ou tardias, associa-se a um risco elevado de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (AVC), pelo que a sua abordagem terapêutica se faz em duas vertentes essenciais: anti-arrítmica e anti-trombótica.

Quando a reconversão a ritmo sinusal não ocorre espontaneamente ou não é possível obter (por método químico ou eléctrico), está indicado, se necessário, o controlo da frequência cardíaca. Neste caso, apesar de se manter a arritmia, a diminuição da frequência cardíaca permite melhorar a função sistólica e os sintomas imediatos eventualmente existentes e previne o desenvolvimento de uma taquimiocardiopatia⁵.

O risco de ocorrência de AVC, que na população geral é inferior a 2% por ano (menos de 1% na literatura internacional²; 1,7 a 2,1% segundo dados portugueses⁶⁻¹²), aumenta para mais de 5% por ano na presença de FA, mesmo sem qualquer outro factor de risco e, se a FA ocorre concomitantemente com valvulopatia (particularmente da mitral), o risco anual de ocorrência de fenómeno trombo-embólico é de 13 a

*Assistente Graduado de Clínica Geral/Medicina Familiar
Administração Regional de Saúde do Alentejo
Sub-Região de Saúde de Beja
Centro de Saúde de Ourique

14% (cerca de 17 vezes superior ao da população sem FA)^{2,13}. Vários ensaios controlados e aleatorizados evidenciaram o benefício da utilização de terapêutica anti-trombótica (anti-coagulação ou anti-agregação plaquetária) na redução de AVC's nos doentes com FA. No estudo *Atrial Fibrillation Investigators (AFT)*¹⁴ a terapêutica anti-coagulante nos doentes considerados de risco elevado reduziu em aproximadamente três vezes a ocorrência de AVC's e os investigadores do *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF)*¹⁵ demonstraram o benefício da utilização terapêutica do ácido acetilsalicílico. A avaliação do benefício de hipocoagular ou antiagregar resulta do conhecimento do grau de risco trombo-embólico do doente que depende da presença de outros factores ou patologias. Um esquema de estratificação do risco recentemente proposto, bastante prático e objectivo, o CHADS₂, embora ignorando alguns factores de risco considerados noutros estudos, apresenta maior valor preditivo de AVC (estatística c = 0,82; intervalo de confiança [IC] a 95%, 0,80 a 0,84) que o esquema AFT (c=0,68; IC 95%, 0,65 a 0,71) ou que o esquema SPAF (c= 0,74, IC a 95% 0,71 a 0,76)^{1,16}. Esta tabela está apenas validada para populações americanas com 65 anos ou mais, mas parece ainda assim poder ser um útil instrumento de trabalho.

Sendo reconhecidamente o AVC uma das principais causas de morte em Portugal e a FA um dos seus importantes factores de risco, o presente estudo pretende estabelecer uma prevalência de FA numa população de utentes de Centros de Saúde, estratificar o risco trombo-embólico dos doentes incluídos e apreciar a terapêutica anti-arrítmica e anti-trombótica que estes doentes estão a fazer, independentemente de quem a prescreveu. O Clínico Geral/Médico de Família (CG/MF) encontra-se numa posição nuclear para a execução deste tipo de estudo pois as suas

listas de utentes correspondem à base populacional que permite o cálculo de prevalências e o seu papel numa patologia crónica como é a FA permite-lhe caracterizar os doentes e conhecer as terapêuticas escolhidas.

OBJECTIVOS

Estabelecer a prevalência de FA conhecida na população sob observação.

Caracterizar as opções terapêuticas farmacológicas anti-arrítmicas, anti-agregantes plaquetárias e anti-coagulantes e suas condicionantes.

Apreciar as terapêuticas que os doentes incluídos no estudo seguem tendo em consideração as recomendadas pela *American College of Cardiology*, *American Heart Association*, *European Society of Cardiology* (2001) e a *American Academy of Family Physicians* e *American College of Physicians* (2003) para os mesmos doentes, independentemente do responsável pela sua prescrição.

MÉTODOS

Período de Duração e Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo transversal. O período para a recolha de informação foi de 1 de Junho a 30 de Novembro de 2003.

Médicos Participantes e População Observada

A rede de Médicos Sentinela é formada por um conjunto de médicos da carreira de CG/MF colocados em Centros de Saúde (CS) que, de uma forma voluntária, participam na notificação semanal de várias situações nosológicas e em estudos satélite de que o presente estudo é exemplo. Todos os médicos da rede foram convidados a participar. Cada médico tem uma lista de utentes caracterizada por sexo e grupo etário,

actualizada anualmente. A População Sob Observação deste estudo corresponde ao somatório do total das listas de utentes dos médicos participantes, utilizada como denominador para o cálculo de taxas. Os médicos que aceitaram participar aplicaram aos utentes da sua lista que conheciam como sendo portadores de Fibrilhação Auricular um questionário previamente testado por alguns médicos da rede.

Crítérios de Fibrilhação Auricular

Neste estudo foram considerados casos de FA os doentes das listas de utentes dos médicos participantes que estes conheciam como sendo portadores de FA, presente à data do estudo ou anterior (paroxística, persistente ou permanente), com data de diagnóstico anterior a 1 de Junho de 2003 (início do estudo). Os casos identificados correspondem ao numerador para cálculo de prevalências. Para cada doente foi aplicado um instrumento de colheita de informações.

Instrumentos de Notação e Colheita de Informação

Foi construído e distribuído um questionário previamente testado destinado ao registo de informação relativa aos doentes, ao tipo de FA, intervenções terapêuticas realizadas e eventuais impedimentos à anti-coagulação. Foram recolhidas as seguintes variáveis: sexo e data de nascimento do doente; características da FA (presente ou passada); tentativa de cardioversão anterior (segundo o melhor conhecimento do médico participante houve ou não anteriormente alguma tentativa de cardioversão eléctrica ou farmacológica); patologias concomitantes (diagnóstico prévio de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, AVC ou acidente isquémico transitório anterior, Diabetes Mellitus, estenose mitral e/ou trombo intracavitário); terapêuticas anti-arrítmica, anti-agregante plaquetária e hipo-coagu-

lante utilizadas (quais). No caso de o doente não fazer terapêutica anti-coagulante, é solicitado o motivo para a não fazer (nunca foi ponderada essa hipótese; opinião do médico de que não traria benefícios ao doente; o doente é seguido noutra especialidade que não tomou essa opção; existem contra-indicações ou factores impeditivos, nomeadamente doença da coagulação, história hemorrágica em período de anti-coagulação anterior, gravidez em curso, intervenção neurocirúrgica há menos de 6 meses, HTA grave, alcoolismo crónico, amaurose, doença péptica ulcerosa activa, impossibilidade de garantir vigilância analítica regular ou recusa do doente). Os questionários preenchidos (um para cada caso) foram remetidos ao Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e introduzidos numa base de dados criada para o efeito em programa informático Microsoft Excel. Tratando-se de um estudo descritivo transversal, a informação obtida para o preenchimento dos questionários era a disponível nessa data, a partir da consulta do processo clínico individual e/ou pelo contacto directo com o doente.

Tratamento anti-arrítmico

Com base nas respostas aos questionários, foram identificadas as terapêuticas anti-arrítmicas utilizadas e compararam-se com as recomendações da *American Academy of Family Physicians* e *American College of Physicians* (2003), e da *American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines* e *European Society of Cardiology for Practice Guidelines and Policy Conferences*^{1,3}.

Prevenção do risco tromboembólico

Com base nas respostas aos questionários, foram identificadas as terapêuticas anti-trombóticas utilizadas e compararam-se com as recomendações da

American Academy of Family Physicians e American College of Physicians (2003), e da American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines e European Society of Cardiology for Practice Guidelines and Policy Conferences^{1,3}.

Para os doentes com FA e com 65 anos ou mais, o algoritmo CHADS₂ é um método simples que pode ajudar a decisão ao estratificar esse risco adicionando 1 ponto pela presença de cada um dos seguintes factores: insuficiência cardíaca congestiva (C), hipertensão arterial (H), idade (A) de 75 anos ou mais e diabetes mellitus (D). A história de AVC/AIT (S₂) prévios adiciona 2 pontos. Os doentes que têm um score de 0 ou 1 são considerados de Baixo Risco. Um score de 2 ou 3 é de Risco Moderado e um score de 4, 5 ou 6 é de Elevado Risco trombo-embólico. A cada score corresponde um *ratio* de ocorrência de trombo-embolismo no ano seguinte, traduzido em número de Acidentes Vasculares Cerebrais por cada 100 doentes com o mesmo score.

Nos doentes com menos de 65 anos o algoritmo CHADS₂ não está testado pelo que, neste estudo, esses doentes foram considerados de risco elevado se apresentassem concomitantemente estenose valvular ou trombo intracavitário, ou tivessem história de AVC anterior.

RESULTADOS

Médicos Participantes e População Observada

Participaram no estudo 43 médicos de 14 Distritos do Continente e RA Madeira, conforme consta do Quadro I. Os Distritos/Regiões não referidos não tiveram qualquer médico a participar no estudo.

O somatório das suas listas de utentes constituiu a População Sob Observação, num total de 67.654 indivíduos distribuídos por sexo e grupo etário conforme o Quadro II.

Casos Identificados e Taxas de Prevalência

Foram identificados 359 casos de FA, variando o número de casos por lista de utentes/médico entre o mínimo de 1 caso e o máximo de 31 casos (média 8,3; moda 8).

A prevalência global de FA conheci-

QUADRO I

NÚMERO DE MÉDICOS PARTICIPANTES POR
DISTRITO/REGIÃO AUTÓNOMA

Distrito/Região	Nº Médicos
Aveiro	7
Beja	3
Braga	3
Bragança	2
Castelo Branco	1
Coimbra	2
Évora	1
Guarda	1
Lisboa	5
Portalegre	1
Porto	10
Santarém	2
Viana do Castelo	1
Vila Real	2
R A Madeira	2
TOTAL	43

QUADRO II

POPULAÇÃO SOB OBSERVAÇÃO

Grupo Etário	Homens	Mulheres	Total
0 a 4	1.673	1.595	3.268
5 a 9	1.684	1.682	3.366
10 a 14	1.886	1.749	3.635
15 a 24	4.421	4.516	8.937
25 a 34	5.093	5.229	10.322
35 a 44	4.617	5.046	9.663
45 a 54	4.035	4.243	8.278
55 a 64	3.164	3.818	6.982
65 a 74	3.335	4.087	7.422
75 e +	2.277	3.504	5.781
TOTAL	32.185	35.469	67.654

QUADRO III

PREVALÊNCIA DE FA CONHECIDA POR SEXO E GRUPO ETÁRIO (TAXA % E IC 95%)

Grupo Etário	Homens			Mulheres			Total		
	População	Nº Casos	Taxa % (IC 95%)	População	Nº Casos	Taxa % (IC 95%)	População	Nº Casos	Taxa % (IC 95%)
35-44	4.617	2	0,04 (0-0,10)	5.046	0	0,00 —	9.663	2	0,02 (0-0,05)
45-54	4.035	4	0,10 (0-0,19)	4.243	7	0,16 (0-0,29)	8.278	11	0,13 (0,05-0,21)
55-64	3.164	17	0,54 (0,28-0,79)	3.818	27	0,71 (0,44-0,97)	6.982	44	0,63 (0,44-0,82)
65-74	3.335	72	2,16 (1,66-2,66)	4.087	64	1,57 (1,18-1,95)	7.422	136	1,83 (1,52-2,14)
75 e +	2.277	74	3,25 (2,51-3,99)	3.504	92	2,63 (2,09-3,16)	5.781	166	2,87 (2,43-3,31)
TOTAL	32.185	169	0,53 (0,45-0,60)	35.469	190	0,54 (0,46-0,61)	67.654	359	0,53 (0,48-0,59)

da na População Observada foi de 0,53% (0,53% nos Homens e 0,54% nas Mulheres), registando-se casos apenas nos grupos etários maiores de 34 anos (0,94% nesses grupos etários; 0,97% nos Homens e 0,92% na Mulheres), aumentando com a idade.

O Quadro III mostra o número de casos e respectiva prevalência por sexo e grupo etário.

Em 302 doentes (84,1%) a FA estava presente à data do estudo. Em 52 casos (14,5%) a FA já não estava presente e em 5 casos esta informação faltou.

Patologia Concomitante

Com vista à estratificação do risco trombo-embólico, procurou-se a presença de Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, AVC ou Acidente Isquémico Transitório (AIT) anteriores, Estenose Valvular Mitral e existência de Trombo Intra-cavitário.

Verificou-se que das patologias concomitantes procuradas, a mais frequente era a Hipertensão Arterial (254 doentes; 70,8%) e a Insuficiência Cardíaca (148; 41,2%). Na população observada identificaram-se 71 (19,8%) casos de

doença valvular e 2 casos de trombo intra-cavitário (num caso coexistiam ambos esses factores). Em 80 doentes (22,3%) havia história de AVC/AIT prévio. O Quadro IV mostra estes resultados.

Terapêutica Anti-Arritmica

A cardioversão (química ou eléctrica) tinha sido tentada em 65 doentes (18,1%). Destes, 41 mantiveram a arritmia (63,1%).

Dos 302 casos de FA presente na data do estudo, 179 (59,3%) faziam terapêutica anti-arritmica, enquanto que

QUADRO IV

PATOLOGIAS CONCOMITANTES

Factores de Risco e Patologias Concomitantes	Nº de Casos	%
Hipertensão Arterial	254	70,8
Insuficiência Cardíaca	148	41,2
AVC anterior	80	22,3
Diabetes Mellitus	68	18,9
Estenose Mitral e/ou Trombo Intra-cavitário	72	20,1

QUADRO V

TERAPÊUTICA ANTI-ARRÍTMICA NOS
DOENTES QUE MANTÊM FA

Anti-Arrítmicos	Nº de Casos	%
Nenhum	123	40,8
Classe IC (Propafenona, etc.)	4	1,3
Classe II (β bloqueadores)	2	0,7
Classe III (Amiodarona, etc.)	75	24,8
Classe IV (bloqueadores canais de cálcio: Diltiazem, Verapamil...)	5	1,7
Digitálicos	78	25,8
Classe II + Digitálico	1	0,3
Classe III + Digitálico	12	3,9
Classe IV + Digitálico	2	0,7
TOTAL	302	100,0

dos 52 casos em que a FA já não estava presente (apenas passada), a faziam 22 (42,3%). O Quadro V mostra o tipo de terapêuticas anti-arrítmicas instituídas nos doentes que mantinham FA e o Quadro VI mostra o dos doentes que já não apresentavam FA na data do estudo.

Risco de AVC

Foram identificados 72 indivíduos (20,1% do total de casos) portadores de doença valvular mitral e/ou trombo intra-cavitário, o que, independentemente da idade ou mesmo na ausência de qualquer outro factor de risco, os inclui no sub-grupo de Risco Elevado.

Ao grupo populacional com 65 ou mais anos, sem estenose valvular nem trombo intra-cavitário (num total de 245 indivíduos), foi aplicado o algoritmo *CHADS₂* para a estratificação do risco trombo-embólico. Foram classificados como sendo de Baixo Risco 77 doentes (31,5% deste grupo), de Risco

QUADRO VI

TERAPÊUTICA ANTI-ARRÍTMICA NOS DOENTES
QUE JÁ NÃO MANTÊM FA

Anti-Arrítmicos	Nº de Casos	%
Nenhum	30	57,8
Classe IC (Propafenona, etc.)	0	0,0
Classe II (β bloqueadores)	1	1,9
Classe III (Amiodarona, etc.)	15	28,9
Classe IV (bloqueadores canais de cálcio: Diltiazem, Verapamil...)	0	0,0
Digitálicos	4	7,6
Classe III + Digitálico	2	3,8
TOTAL	52	100,0

Moderado 126 doentes (51,4% deste grupo) e de Risco Elevado 42 casos (17,1% deste grupo).

O Quadro VII mostra a tabela *CHA-*

QUADRO VII

ALGORITMO CHADS₂ E APLICAÇÃO
À POPULAÇÃO OBSERVADA

Score CHADS ₂	Risco de AVC (IC 95%)	Grau de Risco	Nº de Casos na população observada	%
0	1,9 (1,2 – 3,0)	Baixo	18	7,3
1	2,8 (2,0 – 3,8)	Baixo	59	24,2
2	4,0 (3,1 – 5,1)	Moderado	73	29,8
3	5,9 (4,6 – 7,3)	Moderado	53	21,6
4	8,5 (6,3 – 11,1)	Elevado	23	9,4
5	12,5 (8,2 – 17,5)	Elevado	16	6,5
6	18,2 (10,5 – 27,4)	Elevado	3	1,2
TOTAL			245	100

QUADRO VIII

TERAPÊUTICA ANTI-TROMBÓTICA NOS DOENTES DE BAIXO RISCO

Terapêutica Anti-trombótica em Doentes com Grau de Risco Baixo	Com Anti-agregante plaquetário	Sem Anti-agregante plaquetário	TOTAL
Com Anti-coagulante	35 (30,2%)	28 (24,2%)	63 (54,4%)
Sem Anti-coagulante	31 (26,7%)	22 (18,9%)	53 (45,6%)
TOTAL	66 (56,9%)	50 (43,1%)	116 (100%)

DS₂ e a sua aplicação à população observada.

Foram ainda incluídos no sub-grupo de Risco trombo-embólico Moderado/Elevado 3 doentes com menos de 65 anos, sem estenose valvular nem trombo intracavitário, mas com antecedentes de AVC.

No global identificaram-se, portanto, 243 (67,7%) doentes de Risco trombo-embólico Moderado/Elevado e 116 (32,3%) de Baixo Risco.

Terapêutica Anti-Trombótica nos doentes de Baixo Risco trombo-embólico

Dos 116 doentes com FA de baixo risco trombo-embólico (doentes sem estenose valvular nem trombo intracavitário,

com menos de 65 anos sem antecedentes de AVC ou com mais de 64 anos com score no CHADS₂ de 0 ou 1), 66 (56,9%) faziam anti-agregante plaquetário e 35 (30,2%) faziam simultaneamente anti-agregante e anti-coagulante. Em 28 (24,2%) casos estava prescrita apenas anti-coagulação oral e em 22 (18,9%) não estava prescrito nenhum antitrombótico.

O Quadro VIII mostra a distribuição das terapêuticas anti-trombóticas neste grupo de doentes de baixo risco.

Terapêutica Anti-Trombótica nos doentes de risco trombo-embólico moderado/elevado

Na população estudada foram identificados 72 doentes com história de Este-

QUADRO IX

TERAPÊUTICA ANTI-TROMBÓTICA NOS DOENTES DE RISCO MODERADO/ELEVADO

Terapêutica Anti-trombótica em Doentes com Grau de Risco Moderado/Elevado	Com Estenose Valvular ou Trombo	Com Score CHADS ₂ ≥ 2	Com menos de 65 anos e AVC anterior	TOTAL
Com Anti-coagulante	45 (62,5%)	67 (39,9%)	1 (33,4%)	113 (46,5%)
Sem Anti-coagulante mas Com Anti-agregante Plaquetário	22 (30,6%)	82 (48,8%)	2 (66,6%)	106 (43,6%)
Sem Terapêutica Anti-trombótica	5 (6,9%)	19 (11,3%)	0 (0,0%)	24 (9,9%)
TOTAL	72 (100%)	168 (100%)	3 (100%)	243 (100%)

nose Valvular e/ou Trombo Intra-cavitário. Este sub-grupo teria benefício em receber terapêutica anti-coagulante como forma de reduzir o risco de embolismo e estavam a fazê-la 45 (62,5%) doentes. Em 22 (30,6%) casos faziam anti-agregantes isoladamente. Em 5 doentes (6,9%) não estava instituída nenhuma medicação antitrombótica.

O algoritmo CHADS₂, aplicável a 245 indivíduos da população observada (maiores de 64 anos sem estenose valvular nem trombo intra-cavitário), identificou 77 doentes (31,5%) com baixo risco de AVC trombo-embólico e 168 doentes (68,5%) de risco moderado ou elevado. No grupo de risco moderado/elevado, que beneficiaria com terapêutica anti-coagulante, essa terapêutica estava instituída em 67 doentes (39,9%) e 82 (48,8%) faziam apenas anti-agregante plaquetário. Em 19 doentes (11,3%) não estava instituída nenhuma terapêutica anti-trombótica. O Quadro XII mostra a distribuição das terapêuticas anti-trombóticas neste grupo de doentes de risco moderado/elevado.

Nos 3 doentes com menos de 65 anos, sem estenose nem trombo intracavitário mas com história de AVC prévio, considerados de risco elevado e por isso com indicação para anti-coagulação oral, essa terapêutica estava instituída em 1 doente (33,3%) e os outros 2 faziam anti-agregação plaquetária (66,7%).

Observou-se portanto que, nos 243 doentes que pelo seu grau de risco beneficiariam de uma terapêutica anti-coagulante, 130 (53,5%) não a tinham prescrita, sendo que 106 (43,6%) faziam anti-agregação plaquetária e 24 (9,9%) não faziam qualquer terapêutica anti-trombótica.

O Quadro IX mostra a distribuição das terapêuticas anti-trombóticas neste grupo de doentes de risco moderado/elevado.

O Quadro X mostra os motivos para

a não instituição de anti-coagulação nestes doentes. Os motivos mais frequentes, isoladamente e em simultâneo, foram; «o doente é seguido noutro especialista que não a prescreveu» (n=48 ; 37,6%); «existem contra-indicações» (n=31 ; 24,2%) e «apenas por dificuldade no controlo analítico» (n=21; 16,4%).

DISCUSSÃO

A Fibrilhação Auricular pode ser diagnosticada e seguida exclusivamente pelo Clínico Geral ou em primeira linha por outra especialidade mas, mesmo nestes casos, pelo seu carácter de cronicidade ou recidiva, o Médico de Família (MF) é frequentemente chamado a intervir (alterações da sintomatologia, medicação, exames complementares periódicos, etc.) e dela toma conhecimento. Este estudo foi pensado e desenhado tendo em consideração esta posição MF na rede de cuidados de saúde.

Tendo por população base a totalidade dos utentes inscritos nas listas dos participantes, a identificação dos casos de FA resultou exclusivamente do conhecimento que o médico deles tivesse, fosse com base nos casos sinalizados do ficheiro clínico, fosse por contacto directo com os portadores de FA à medida que eles o foram contactando durante o período de duração do estudo. Os critérios de diagnóstico de FA não são sujeitos a validação externa, aceitando-se o melhor conhecimento do médico participante. Existirá seguramente uma sub-notificação não quantificável de casos e por isso um viés no cálculo de prevalências, pois os portadores de FA poderão ser não utilizadores da consulta do MF, pelo menos durante o período do estudo, e nem todos os MF têm o seu ficheiro organizado de forma a identificar facilmente todos os casos de FA.

Com base nas respostas aos questionários, foram identificadas as terapêuticas anti-arrítmicas e anti-trombóticas utilizadas, independentemente de quem as prescreve, e compararam-se com as recomendações da *American Academy of Family Physicians e American College of Physicians* (2003), e da *American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines e European Society of Cardiology for Practice Guidelines and Policy Conferences*^{1,3}. Segundo estas, o controlo da frequência cardíaca associada à anti-coagulação crónica é a estratégia de actuação recomendada para a maioria dos doentes com FA. A reconversão a ritmo sinusal (cardioversão) não demonstrou ter melhores resultados que o controlo da frequência e anti-coagulação na redução da morbilidade e mortalidade e está indicada apenas em situações particulares: doentes com sintomatologia incapacitante, intolerância ao esforço ou preferência do doente. Os fármacos que demonstraram ser mais eficazes no controlo da frequência cardíaca no repouso e durante o exercício nos doentes com FA presente são o diltiazem ou o verapamil (nível de evidência A) e o atenolol ou o metoprolol (nível de evidência B). A Digoxina só é eficaz no controlo da frequência cardíaca em repouso (nível de Evidência B) e deve ser usada como fármaco de 2ª linha, caso exista contra-indicação para o uso dos primeiros. Neste estudo verificou-se que, nos 302 doentes com FA presente, 40,8% não faziam qualquer anti-arrítmico, não sendo possível estabelecer se tal se devia a uma frequência cardíaca «naturalmente» controlada. Em 25,8% desses doentes o único anti-arrítmico era a digoxina e em 24,8% era unicamente a amiodarona.

Segundo as mesmas recomendações, a maioria dos doentes que reverte a ritmo sinusal não deve manter terapêutica anti-arrítmica crónica pois os

seus riscos sobrepõem-se aos benefícios. Em doentes com FA paroxística, com paroxismos que comprometem a qualidade de vida, é recomendado o uso de amiodarona ou propafenona (ordem alfabética). Neste estudo verificou-se que nos 52 doentes sem FA presente, 57,8% realmente não mantêm nenhuma terapêutica anti-arrítmica e 28,9% usavam amiodarona. A propafenona não era utilizada em nenhum doente.

A evidência da maior ocorrência de fenómenos trombo-embólicos nos doentes com FA recomenda que todos eles façam prevenção desses fenómenos com terapêutica anti-trombótica (nível de evidência A) anti-coagulação oral ou anti-agregação plaquetária. A opção terapêutica entre uma ou outra deverá fundamentar-se na estratificação do risco individual. Segundo as recomendações internacionais referidas^{1,3}, os doentes de risco trombo-embólico moderado/elevado beneficiam com a anti-coagulação crónica com doses de varfarina ajustadas para atingir um I.N.R. de 2,0 a 3,0, excepto se apresentam alguma contra-indicação específica. Para doentes de baixo risco trombo-embólico a utilização terapêutica de ácido acetilsalicílico como anti-agregante plaquetário poderá ser benéfica em doses que, segundo vários estudos, variam entre 75 e 325 mg/dia, embora o grau de evidência não seja conclusivo¹.

As situações de FA com doença valvular e/ou trombo intracavitário são de elevado risco trombo-embólico e a indicação para a prescrição de varfarina é claramente aceite. Nas restantes situações a estratificação do risco pode ser feita identificando a presença concomitante de outras situações clínicas de risco acrescido de acidente trombo-embólico. Para os doentes com FA e com 65 anos ou mais, o algoritmo CHADS₂ é um método simples que pode ajudar a decisão ao estratificar esse risco. Nos doentes com menos de 65 anos o algoritmo CHADS₂ não está testado pelo

que, neste estudo, esses doentes foram considerados de risco elevado se apresentassem concomitantemente estenose valvular ou trombo intracavitário, ou tivessem história de AVC anterior. Não existem nesta altura evidências que fundamentem a decisão a tomar caso a FA reverta a ritmo sinusal mas sugere-se que a anti-coagulação se mantenha, pois não está demonstrado que a recuperação do ritmo sinusal elimine o risco acrescido de trombo-embolismo³. Também não existem até à data evidências que fundamentem com segurança a utilização de outros medicamentos anti-agregantes plaquetários que não o ácido acetilsalicílico¹.

Neste estudo verificou-se que 324 doentes (90,3%) faziam algum tipo de terapêutica anti-trombótica. Nos 116 (32,3%) doentes classificados de baixo risco trombo-embólico, com indicação para anti-agregação plaquetária isoladamente, 31 (26,7%) faziam-na efectivamente, mas só 27 (23,3%) usavam ácido acetilsalicílico. O estudo não abordou as doses utilizadas. Nos 243 (67,7%) doentes classificados de risco trombo-embólico moderado/elevado, com indicação para anti-coagulação oral, 113 (46,5%) faziam-na efectivamente. O estudo não abordou os valores de INR considerados alvos. Apenas 31 destes doentes (23,8%) apresentavam contra-indicação à anti-coagulação. Esta aparente limitação na utilização de anti-coagulantes poderá, em grande parte, dever-se a uma limitada divulgação das recomendações internacionais e a uma dificuldade em aplicar na prática diária critérios mais simples e objectivos de estratificação de risco trombo-embólico que fundamentem as decisões e uma dificuldade de acesso a análises de controlo regulares.

CONCLUSÕES

A prevalência de FA conhecida na popu-

lação estudada é inferior à descrita na literatura, particularmente nos grupos mais idosos, embora a metodologia usada neste estudo leve a sub-notificação.

As terapêuticas anti-arrítmicas mais utilizadas nos casos de FA presente nem sempre coincidem com as recomendações internacionais, privilegiando a digoxina e a amiodarona.

Na população estudada, mais de 2/3 foi considerada de Risco Tromboembólico Moderado/Elevado.

Apenas 31 doentes dos 116 de Baixo Risco (26,7%) faziam terapêutica anti-agregante plaquetária e só 27 (23,3%) usavam ácido acetilsalicílico conforme recomendado.

Apenas 113 doentes dos 243 de Risco Moderado/Elevado (46,5%) faziam anti-coagulação oral conforme recomendado e dos que a não faziam, apenas 31 (23,8%) apresentavam contra-indicações conhecidas.

Alguns dos desvios encontrados poderão dever-se a limitações na obtenção de informação para o estudo. Outros poderão verificar-se por divulgação reduzida das recomendações internacionais.

REFERÊNCIAS

1. Snow V, Weiss KB, LeFevre M, McNamara R, Bass E, Green LA, et al. Management of newly detected atrial fibrillation: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 2003 Dec 16; 139 (12): 1009-17.
2. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults. *JAMA* 2001 May 9; 285 (18): 2370-5.
3. Fuster V, Ryden L, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. ACC/AHA/ESC guidelines 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 European Society of Cardiology for Practice

Guidelines and Policy Conferences. Eur Heart J 2001 Oct; 22 (20): 1852-923.

4. Prystowsky EN, Benson DW Jr, Fuster V, Hert RG, Kay GN, Myerburg RJ, et al. Management of patients with atrial fibrillation: a statement for healthcare professionals. From the Subcommittee on Electrocardiography and Electrophysiology, American Heart Association. Circulation 1996 Mar 15; 93 (6): 1262-77.

5. Lévy S, Camm AJ, Saksena S, Aliot E, Breithardt G, Crijns H, et al. International consensus on nomenclature and classification of atrial fibrillation: a collaborative project of the Working Group on Arrhythmias and the Working Group on Cardiac Pacing of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. J Cardiovasc Electrophysiol 2003 Apr; 14 (4): 443-5.

6. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Um novo olhar sobre a saúde. Médicos Sentinela (2). Lisboa: DGCSP; 1991.

7. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Um quinto de milhão sob observação. Médicos Sentinela (4). Lisboa: DGCSP; 1993.

8. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Cinco anos depois. Médicos Sentinela (7). Lisboa: DGCSP; 1995.

9. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. A passo firme. Médicos Sentinela (8). Lisboa: DGCSP; 1996.

10. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Pela nossa rica saúde. Médicos Sentinela (9). Lisboa: DGCSP; 1998.

11. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. Olhar mais longe. Médicos Sentinela (10). Lisboa: DGCSP; 1999.

12. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção Geral da Saúde. 20 passos em frente. Médicos Sentinela (11). Lisboa: DGCSP; 2000.

13. 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.

14. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch Intern Med 1994 Jul 11; 154 (13): 1449-57.

15. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for thromboembolism during aspirin therapy in patients with

atrial fibrillation: The stroke prevention in atrial fibrillation study. J Stroke Cerebrovasc Dis 1995; 5: 147-57.

16. Rockson SG, Albers GW. Comparing the guidelines: anti-coagulation therapy to optimize stroke prevention in patients with atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2004 Mar 17; 43 (6): 929-35.

17. Ostrander LD Jr, Brandt RL, Kjelsberg MO, Epstein FH. Electrocardiographic findings among the adult population of a total natural community, Tecumseh, Michigan. Circulation 1965 Jun; 31: 888-98.

Agradecimentos

Agradecemos ao Dr. José Marinho Falcão, Médico de Saúde Pública, Epidemiologista, Assessor do Observatório Nacional de Saúde (ONSA / INSA) pela revisão crítica do estudo e dos seus resultados e pelo precioso auxílio na forma de apresentação final.

À Dr^a Isabel Marinho Falcão, Médica de Clínica Geral, Coordenadora da Rede Médicos Sentinela, pelo seu papel dinamizador das actividades da rede que incentiva a realização de estudos satélite como o presente e um agradecimento particular reforçado pelo auxílio precioso e indispensável prestado na análise dos dados e revisões ao texto.

A Baltazar Nunes (Estatista), Paulo Nogueira (Estatista) Eleanora Paixão (Estatista) e Sara Rabiais (Estatista estagiária), do ONSA, agradecemos o apoio técnico prestado na análise dos dados em todos os momentos em que foi necessário.

A Zilda Pimenta, administrativa do ONSA, um sentido agradecimento pela colaboração sempre disponível e pelos incentivos que sempre me tocaram particularmente.

Um agradecimento especial aos 43 Médicos da Rede que viabilizaram o estudo através da sua participação. Sem eles, nenhum trabalho teria sido possível.

Endereço para correspondência:

Dr. Paulo Ascensão
Rua D. Manuel I^o, n^o 10
7670-282 Ourique
E-mail: paulo.ascensao@iol.pt

Recebido para publicação em: 21/07/05
Aceite para publicação em: 4/02/2006

ABSTRACT

Aim: To determine the prevalence of atrial fibrillation (AF) in the population of patients attending the Portuguese Sentinel Network; to characterize the therapeutical options adopted in the AF patients and to evaluate patients' embolic risk.

Methods: Descriptive cross-sectional study in Portugal, 2003. A total of 67.654 patients of 43 family physicians were included in the study sample. Each doctor reported the number of AF patients diagnosed in their practice. Other study variables were: sex, age, previous attempt of cardioversion, co-morbidity, and pharmacological treatment used.

Results: Three hundred and fifty nine patients were reported as AF cases. No case was reported under the age of 34, thus the prevalence calculated over this age was 0,94%. Within the AF patients, 84,1% are present cases and 14,5% past cases (paroxistic or sinus rhythm successful conversion). Digoxin was the therapeutical option in 25,8% of patients, and amiodarone in 24,8%.

Discussion: Antiarrhythmic therapeutical use in these AF Portuguese patients is not accordingly with international guidelines. We do not know, however, if there was an underlying clinical explanation for the prescription options found in this population.

Keywords: Médicos Sentinela, Atrial fibrillation, Embolic risk, Anti-coagulation, CHADS₂