

## VARFARINA OU ASPIRINA PARA PREVENÇÃO DE AVC EM IDOSOS COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR?

Mant J, Hobbs FDR, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GYH, Murray E, on behalf of the BAFTA Investigators and the Midland Research Practices Network (MidReC). Varfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007 August; 370: 493-503. Disponível em [www.lancet.com](http://www.lancet.com) [acedido em 20 Out 2007]

A Fibrilhação Auricular (FA) aumenta com a idade, atingindo 12% dos indivíduos com idade superior a 75 anos, estando associada a um risco cinco vezes superior de ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC). Uma vez que o risco de AVC também aumenta com a idade, facilmente se compreende a importância da sua prevenção nos indivíduos idosos com FA.

Ensaio clínico têm revelado que o uso de varfarina é mais efectivo que o uso de aspirina na redução do risco de AVC nos indivíduos com FA, mas que este benefício acarreta um risco acrescido de hemorragia.

Contudo, existem dúvidas sobre se estas conclusões podem ser extrapoladas para indivíduos com idade superior a 75 anos, uma vez que estão representados em número reduzido nestes estudos. As incertezas, relativamente à profilaxia tromboembólica ideal nos idosos com FA são também evidentes, como explicam os autores, nas recomendações do *American College of Cardiology*, da *American Heart Association* e da *European Society of Cardiology* (ACC/AHA/ESC), bem como nas do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), publicadas em 2006 para a abordagem da FA.

Assim, perante essas incertezas, os autores deste artigo revelam a metodologia e os resultados do estudo BAFTA (*Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of Age*), que teve como *endpoint* primário a comparação da frequência de AVC (hemorrágico ou isquémico)

fatal ou não-fatal, de outras hemorragias intracranianas ou de outros eventos embólicos arteriais com significado clínico, em pacientes a tomar varfarina *versus* aspirina. Os *endpoints* secundários incluíram a comparação da ocorrência de hemorragia *major*, de outros eventos vasculares e de todas as causas de mortalidade nos pacientes a tomar varfarina *versus* aspirina.

Este estudo, prospectivo, aleatorizado e controlado, incluiu 973 pacientes com idade superior a 75 anos (idade média: 81,5 anos com desvio padrão de 4,2) e com FA (confirmada por eletrocardiograma), recrutados dos Cuidados de Saúde Primários, que foram divididos em dois grupos e que foram seguidos durante 2,7 anos. Um grupo foi submetido ao tratamento com varfarina (para obter valores de INR de 2 a 3), e o outro ao tratamento com 75 mg de aspirina. Foram incluídos apenas os pacientes para os quais não havia certeza sobre qual dos tratamentos deveria ser realizado. Foram excluídos os indivíduos com doença reumática cardíaca, hemorragia *major* não traumática nos cinco anos prévios, hemorragia intracraniana, doença ulcerosa péptica comprovada endoscopicamente no ano prévio, varizes esofágicas, hipersensibilidade alérgica à varfarina ou à aspirina, doença terminal, intervenção cirúrgica nos 3 meses anteriores, tensão arterial superior a 180/110 mmHg e ainda aqueles em que o Médico de Família considerava, com base nos factores de risco para AVC ou hemorragia, não prescrever varfarina.

Os resultados revelaram que ocorreram 24 eventos primários nos indivíduos a fazer varfarina (21 AVCs, duas outras hemorragias intracranianas e um evento embólico sistémico) e 48 eventos primários (44 AVCs, uma outra hemorragia intracraniana e três eventos embólicos sistémicos) nos indivíduos a fazer aspirina (risco anual: 1,8% *versus* 3,8%; risco relativo: 0,48, IC 95% [0,28-0,80],  $p = 0,003$ ; redução

do risco anual absoluto: 2%, IC 95% [0,70-3,2]). O risco anual de hemorragia extracraniana foi de 1,4% para o grupo a fazer varfarina *versus* 1,6% para o grupo a fazer aspirina (risco relativo: 0,87 [0,43-1,73]; redução do risco anual absoluto: 0,2% [0,7-1,2]).

Não foram encontradas diferenças em relação a todas as outras causas de mortalidade ou outros eventos vasculares, muito embora os autores alertem para o facto de os intervalos de confiança não terem sido suficientemente estreitos, pelo que não se pode excluir a possibilidade de a varfarina aumentar o risco comparativamente à aspirina.

Os autores concluem que a terapêutica com varfarina (INR: 2-3) foi mais efectiva que a terapêutica com 75 mg de aspirina na prevenção de AVC, nos indivíduos com idade superior a 75 anos e com FA. Não houve diferença significativa nos eventos hemorrágicos *major* entre os dois grupos.

O estudo BAFTA vem confirmar os benefícios da anticoagulação sobre a aspirina e suportar o uso de anticoagulação nos indivíduos idosos (> 75 anos) com FA, exceptuando as situações em que exista contra-indicações ou o paciente decida que os benefícios não valem o incómodo que irá ter com a terapêutica.

De realçar, contudo, que neste estudo foram incluídos apenas indivíduos para os quais não havia certeza de qual dos dois tratamentos deveria ser feito, o que provavelmente levou a que os participantes tivessem uma baixa prevalência de factores de risco para AVC, nomeadamente hipertensão, diabetes, história de AVC ou insuficiência cardíaca congestiva.

Apesar disso, este estudo vem mostrar que a idade não pode ser vista como uma contra-indicação para a terapêutica anticoagulante.

Carla Lunet  
USF Grão Vasco  
CS de Viseu-3