



ARTIGO ORIGINAL

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com fibrilação atrial
*Clinical and epidemiological profile in atrial fibrillation*Roberto Henrique Heinisch¹, Ludmila Berger de Figueiredo², Leonardo Rótolo Araújo³, Marcos Venicio Garcia Joaquin¹**Resumo**

O objetivo deste estudo foi verificar o perfil clínico e epidemiológico em pacientes portadores de fibrilação atrial (FA). Foi realizado estudo transversal com aplicação de questionário através de entrevistas aos pacientes no período de 01/08/2010 a 31/07/2011. A casuística foi composta de 99 pacientes, com idade média de $64,8 \pm 12,5$ anos, predominância do sexo masculino (59,6%), maioria de etnia branca (90,9%) e encontravam-se em regime de internação hospitalar (85,8%). Doença de base mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (79,8%) e FA do tipo permanente foi a mais encontrada. A estratégia de tratamento mais utilizada foi o controle da frequência cardíaca e, embora alguns pacientes tivessem indicação do uso de anticoagulante, esse tratamento não era utilizado por todos.

Descritores: Arritmia. Epidemiologia. Fibrilação atrial. Prevalência.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the clinical and epidemiological profile in patients with atrial fibrillation (AF). Sectional study was performed with a questionnaire through interviews with patients in the period from 01/08/2010 to 31/07/2011. The sample consisted of 99 patients, mean age 64.8 ± 12.5 years, male predominance (59.6%), most were white (90.9%) and were in inpatients hospital (85.8%). Underlying disease was more prevalent hypertension (79.8%) and permanent type of AF was the most common. The most widely used treatment strategy was the heart rate control and, although some patients had indication of the use of anticoagulants, such treatment was not used by everyone.

Keywords: Arrhythmia. Epidemiology. Atrial fibrillation. Prevalence.

1 Professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.

2 Aluna do sexto ano do curso de graduação de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.

3 Aluno do sexto ano do curso de graduação de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.

Introdução

Dentre as arritmias cardíacas crônicas, a fibrilação atrial (FA) é considerada a mais frequente em nosso meio, e está associada diretamente a um aumento na morbidade e mortalidade na população¹. Estima-se que a prevalência de FA na população geral seja entre 0,4% e 1%, aumentando substancialmente com o avançar da idade^{2,3}.

O acidente vascular cerebral (AVC) é a complicação mais temida em pacientes com a arritmia⁴. A FA não valer leva a um aumento de 4 a 7 vezes o risco de AVC embólico em comparação ao ritmo sinusal^{5,6}. Embora revisão sistemática de estudos randomizados mostrou que a varfarina reduz o risco de AVC embólico relacionado a FA em 61%⁷, o anticoagulante é severamente subutilizado em contextos do mundo real⁸⁻¹³.

Em função das características, condições e morbidades supracitadas a realização deste trabalho torna-se importante haja vista a correlação dos dados clínicos e epidemiológicos com o desfecho desta condição clínica (FA). Ao pesquisar tais dados nos pacientes avaliados na determinada região de estudo, gera-se informações atualizadas sobre o impacto da FA nesta população, servindo desta forma, como base científica para futuros trabalhos na área. A partir destes fatores pode-se inferir a importância do presente estudo em verificar o perfil clínico e epidemiológico em pacientes portadores de FA atendidos em uma instituição.

Métodos

O presente estudo é do tipo transversal fundamentado na aplicação de questionários através de entrevistas realizadas pelos próprios autores aos pacientes portadores de FA atendidos nos setores de emergência, ambulatório geral, ambulatório de anticoagulação, unidade de internação e unidade coronariana, no período de 01 de Agosto de 2010 a 31 de Julho de 2011.

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 15 anos, com diagnóstico de FA confirmado através do eletrocardiograma (ECG). A amostra da pesquisa foi composta por 99 pacientes. O cálculo do tamanho da amostra foi definido arbitrariamente (n = 100) pelos pesquisadores, considerada a viabilidade em termos de prazos e recursos financeiros.

Coleta de dados: Para a coleta de dados elaborou-se um instrumento de pesquisa contendo informações quanto aos seguintes itens:

I – *Identificação* - nome; idade; sexo; etnia; proce-

dência; atividade profissional (aposentado/outros); origem da inclusão (emergência, internação, ambulatório).

II – *Quadro clínico* - presença ou ausência de sintomas. A tabela de sintomatologia utilizada no questionário foi baseada em estudo prévio de 03 de Agosto de 2004 publicado no *BMC Cardiovascular disorders*¹⁴. Classificou-se ainda a sintomatologia segundo o escore EHRA, que determina os sintomas no momento em que o paciente sente a arritmia e mensura a capacidade de realizar atividades diárias¹⁵.

Os pacientes foram questionados sobre presença de DAC (angina, infarto agudo do miocárdio); se possuíam algum grau de insuficiência cardíaca (IC)¹⁶; a presença de valvopatias (confirmada através da ausculta cardíaca na admissão e/ou através do ecocardiograma nos pacientes que foram submetidos); presença de cardiomiopatia (confirmada através do ecocardiograma nos pacientes que foram submetidos); HAS que foi definida por diagnóstico prévio e/ou uso de medicações para o tratamento; diagnóstico de doença pulmonar crônica (DPOC); diagnóstico prévio de hipertireoidismo e/ou uso de medicações para o tratamento; presença de DM que foi evidenciada por aqueles que utilizam hipoglicemiantes orais e/ou insulina ou diagnóstico prévio; se já apresentaram algum tipo de DCV (AVC, AITs) e se eram cardiopatas (ao avaliar se possuíam doença valvar e/ou cardiomiopatia e/ou insuficiência cardíaca).

Foi necessário saber há quanto tempo o paciente possuía o diagnóstico de FA, determinados em horas, dias, meses ou anos. Foi questionado se o paciente fuma, é ex-tabagista ou se nunca fumou, e se faz ingestão de bebidas alcoólicas de forma crônica.

III – *Exames Complementares* - Ao ECG analisou-se certos padrões de apresentação da FA, e, outras alterações detectadas pelo ECG. O ecocardiograma (transesofágico/transstorácico), avaliou o diâmetro do átrio esquerdo (AE) em cm, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em %, presença ou não de trombos intracardíacos e a presença ou não de contraste espontâneo. Quanto aos exames laboratoriais, verificou-se o valor da relação de normatização internacional (RNI).

IV – *Tipo de Fibrilação Atrial* - a FA foi classificada quanto a forma de aparecimento. Sendo subdividida em inicial (primeiro episódio), paroxística (duração menor que 7 dias), persistente (duração maior que 7 dias) e permanente (duração maior que 1 ano ou cardioversão sem sucesso ou contra-indicação à cardioversão)¹⁷.

V – *Tratamento* - já fez ou não tratamentos com antiarrítmicos, assim como cardioversão elétrica (CVE); se em algum momento o paciente fez ablação por cate-

ter ou alguma intervenção cirúrgica para FA; uso anterior ou não de anticoagulante oral/antiplaquetários para FA; uso atual ou não de medicação antiarrítmica, medicação para o controle de frequência cardíaca (FC), anticoagulantes (oral ou endovenoso em dose plena) e antiplaquetários; no caso de uso de anticoagulantes foi perguntado se é feito controle mensal da anticoagulação em laboratório e se existia outra indicação para o seu uso que não a arritmia.

Foi visto se o paciente possui ou não risco de hemorragias através do escore HAS-BLED¹⁸ [HAS (pressão arterial sistólica > 160 mmHg); função anormal de rim (paciente em diálise crônica, transplantado renal ou creatinina \geq 200 mmol/L); função anormal de fígado (doença hepática crônica, aumento de 2 vezes o limite normal de bilirrubina em associação a aumento de 3 vezes o valor normal das enzimas aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase e fosfatase alcalina); AVC prévio; sangramento se refere a ocorrência prévia ou pré-disposição como anemia, diátese hemorrágica, etc; labilidade do RNI (valores instáveis/altos de RNI ou pouco tempo em faixa terapêutica); idade maior ou igual a 65 anos; drogas/álcool (uso concomitante de antiplaquetários, antiinflamatórios não-esteroidais ou abuso de álcool)]. Determinando 1 ponto para cada item descrito, com somatória total de 9 pontos. Classificados em alto risco quando escore \geq 3.

Determinação do Escore CHADS₂ do paciente, ao conferir 2 pontos para história prévia de AVC e/ou AIT e 1 ponto para insuficiência cardíaca (IC) recente, HAS, idade \geq 75 anos e DM¹⁹. Com pontuação total de 6 pontos.

Classificação dos pacientes segundo o escore CHA₂DS₂-VASc, ao conferir 2 pontos para história prévia de AVC e/ou AIT ou idade \geq 75 anos, e 1 ponto para ICC, HAS, DM, doença vascular (infarto do miocárdio, placa aórtica complexa, e doença arterial periférica (DAP), incluindo revascularização prévia; amputação devido DAP ou evidência angiográfica de DAP), idade entre 65-74 anos e sexo feminino. Pontuação máxima de 9 pontos²⁰.

VI – *Exame Físico* - peso e estatura [para cálculo do índice de massa corpórea (IMC)], pressão arterial sistólica (PAS), FC e a presença ou não de alteração neurológica.

Análise Estatística: Os resultados foram digitados no programa Excel(R) e depois exportados para o programa Epi Info(R), versão 3.3.2. de 2005, onde foram analisados e descritos sob a forma de frequência relativa e absoluta para as variáveis qualitativas, e em média e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Aspectos Éticos: Foi aplicado TCLE aos participantes em conjunto com a aplicação do questionário. Os participantes que estavam de acordo com o TCLE foram submetidos a entrevista através do questionário. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob o parecer de nº 063/2010, na data de 08 de junho de 2010.

Resultados

De acordo com a análise de dados coletados de 99 pacientes atendidos, o sexo masculino foi predominante (59,6%). Demais dados epidemiológicos encontram-se na Tabela 1.

Na admissão do estudo, 43 (43,4%) pacientes apresentaram sintomatologia, o Gráfico 1 mostra a distribuição dos sintomas em pacientes com FA no momento de admissão no estudo. A classificação dos sintomas de FA segundo o escore EHRA dos pacientes na admissão do estudo encontra-se na Tabela 2.

Na avaliação das doenças de base, constatou-se que a HAS foi a mais prevalente. Observou-se que 91 (91,9%) pacientes apresentavam cardiopatia. (Tabela 3). Com relação ao exame físico na admissão, observou-se FC cardíaca média de 72,9 bpm (DP=15,7), PAS média de 121,2 mmHg (DP=22,1) e exame neurológico alterado em 13 (13,1%) pacientes.

O tempo transcorrido desde a primeira detecção da arritmia, em anos, até o momento de admissão no estudo apresentou média de 6 anos (DP=7,8 anos), moda igual a 1 dia, mediana igual a 2 anos, tempo mínimo de 1 dia e tempo máximo de 35 anos.

Quanto aos hábitos de vida, observou-se que 8 (8,1%) pacientes referiram ser tabagistas no momento da admissão do estudo; 42 (42,4%) nunca fizeram uso de cigarro; e 49 (49,5%) foram considerados ex-tabagistas. Foi negado o uso de bebidas alcoólicas por 84 (84,8%) pacientes; já, 15 (15,2%) pacientes admitiram fazer ingestão crônica de bebidas alcoólicas.

Ao classificar os pacientes de acordo com o IMC a média encontrada foi de 27,5 kg/m² (DP=5,2 kg/m²).

Ao abordar os resultados dos exames complementares, a começar pelo ECG, percebeu-se que foram observadas alterações eletrocardiográficas em 93 (93,9%) pacientes. Verificou-se que a alteração mais frequente foi a alteração da repolarização ventricular, presente em 80 pacientes (80,8%) (Tabela 4). Quanto ao padrão de ondas "f", observou-se que em 52 (52,5%) pacientes se apresentavam grosseiras; e em 45 (45,5%) pacientes a apresentação foi de ondas "f" finas; em apenas 2

pacientes a análise ficou prejudicada devido concomitância de flutter atrial.

A avaliação complementar cardíaca, através de um ecocardiograma, foi realizada em 74 pacientes. Em 11 destes (14,9%) foi realizada a ecocardiografia transesofágica, e no restante foi empregada a modalidade transtorácica. Em 5 pacientes (6,8%) foi encontrado trombo intracardíaco. Contraste espontâneo foi observado em 8 pacientes (10,8%), observou-se que 2 destes pacientes apresentavam trombo intracardíaco associado.

Com relação ao tamanho do AE, mensurado através do ecocardiograma, obtivemos um diâmetro médio de $4,8 \pm 1,2$ cm, valor mínimo de 2,8 cm e valor máximo de 11,0 cm.

Outra variável do ecocardiograma avaliada no estudo foi a FEVE. O valor médio obtido foi de 49% (DP=18,3%), com valor mínimo de 13% e valor máximo de 78%.

Dentre os pacientes (n=52) que realizaram o RNI, o valor médio encontrado foi 1,8 (DP=1,2), com valor mínimo de 0,8 e valor máximo de 6,2. Considerando-se apenas os pacientes em uso atual de anticoagulante e que realizaram a dosagem RNI, 34 pacientes, observou-se que 41,2% apresentavam o RNI entre 2 e 3, 44,1% apresentavam valores abaixo de 2 e 14,7% apresentavam valores acima de 3.

Ao classificar a FA, de acordo com seu padrão temporal, o tipo FA permanente, presente em 48 (48,5%) pacientes, foi o mais prevalente. Seguida pelo tipo inicial (23,0%), paroxística (15,0%) e persistente (13,0%).

Na avaliação dos dados referentes ao tratamento prévio da arritmia, observou-se que 20 (20,2%) pacientes já haviam feito tratamento com drogas antiarrítmicas; foram submetidos a CVE 23 (23,2%) pacientes; quanto ao uso dos antiagregantes plaquetários, 52 (52,5%) já fizeram uso; e 38 (38,4%) deles relataram o uso prévio de anticoagulante oral.

Ao abordar o uso atual de medicamentos que controlam o ritmo sinusal e de medicamentos controladores da taxa de FC, percebeu-se que 21 (21,2%) pacientes estavam em uso das drogas antiarrítmicas; e em relação a outra classe de medicamentos, 71 (71,7%) relataram estar utilizando.

Cinquenta e cinco pacientes (55,6%) referiram fazer uso, no momento da admissão do estudo, de anticoagulante. Já, em relação ao antiagregante plaquetário, percebeu-se que 55 (55,6%) pacientes o faziam

uso. Em relação ao controle mensal de coagulação do sangue no HEMOSC, ou em outro laboratório, evidenciou-se que 29 (29,3%) pacientes o faziam. Percebeu-se ainda que 24 (24,2%) pacientes que estavam em uso de anticoagulante, possuíam outra indicação para o uso que não a arritmia.

Ao avaliarmos, nos pacientes sem doença valvar (n=52), o risco de eventos tromboembólicos por intermédio do escore CHADS₂ e através do escore CHA₂DS₂-VASc, obteve-se maior prevalência dos escores 1 e 2 presentes em 25% dos pacientes avaliados através do escore CHADS₂; e, maior prevalência dos escores 3 e 4 presentes em 23,1% dos pacientes avaliados pelo escore CHA₂DS₂-VASc (Gráficos 2 e 3).

Observou-se que 1 (1,9%) paciente foi classificado em baixo risco (escore=0), 13 (25%) pacientes em moderado risco (escore=1) e 38 (73,1%) pacientes classificados em alto risco (escore ≥ 2) segundo o escore CHADS₂.

Nenhum paciente foi classificado em baixo risco (escore=0), 1 (1,9%) paciente foi classificado em moderado risco (escore=1) e 51 (98,1%) pacientes em alto risco (escore ≥ 2) conforme o escore CHA₂DS₂-VASc.

Ao analisar os pacientes que inicialmente foram classificados através do CHADS₂ e posteriormente classificados pelo CHA₂DS₂-VASc, observou-se que dentre aqueles com valores de escore = 0 (n=1), 100% passaram a obter escore ≥ 2 ; e, aqueles que estavam classificados em escore = 1 (n=13) através do CHADS₂, 92% obtiveram escore ≥ 2 no CHA₂DS₂-VASc.

Ao correlacionar o não uso de anticoagulante na admissão e a indicação da terapia anticoagulante segundo o CHADS₂ quando escore ≥ 2 , observou-se que dos 29 (46,5%) pacientes que não estavam em uso de anticoagulante na admissão, 20 (68,9%) destes possuíam indicação do uso. Ressalta-se que foram excluídos 15 pacientes do total de pacientes que não estavam em uso de anticoagulante, uma vez que estes possuíam doença valvar e não foram classificados através do escore CHADS₂.

Ao avaliar o Escore HAS-BLED, pode se observar que o escore mais prevalente foi 3 (Gráfico 4). Considerando o risco de hemorragias alto quando escore ≥ 3 , observou-se que 55 (55,6%) deles foram considerados de alto risco; e, 44 (44,4%) com risco ≤ 3 .

Ao analisar aqueles que possuíam escore ≥ 2 no CHADS₂ (n=38), percebeu-se que 12 (31,5%) pacientes obtiveram o escore HAS-BLED excedendo no mínimo 1 ponto o valor de seu respectivo escore CHADS₂. E

dos pacientes classificados em escore = 1 no CHADS₂ (n=13), viu-se que 7 (53,8%) destes apresentaram o escore HAS-BLED excedendo no mínimo 2 pontos o seu escore no CHADS₂.

Discussão

A distribuição dos pacientes segundo o sexo no estudo atual demonstrou maior frequência do sexo masculino (59,6%). Os mesmos resultados foram obtidos em outros estudos, assim como o estudo Framingham verificou maior prevalência de FA ajustada para a idade no sexo masculino, comparado ao sexo feminino, em todas as idades^{2,3,21}.

Em relação à média de idade dos pacientes avaliados, obteve-se o valor de 64,8 anos com DP=12,5 anos. Dados esses diferentes do estudo ATRIA²² que demonstrou média de idade de 75 anos, com 70% da população do estudo entre 65 e 85 anos; assim como, no The Rotterdam study²³ que demonstrou média de idade de 69 anos \pm 9,1. A média de idade inferior encontrada neste estudo pode estar relacionada ao fato de que grande parte da população encontrava-se em regime de internação hospitalar para cirurgia valvar.

Pelo menos um estudo demonstrou que a FA foi menos prevalente entre idosos de raça negra do que indivíduos brancos²⁴. No entanto, grande parte da literatura sobre a epidemiologia da FA é baseada em indivíduos da raça branca que residem na América do Norte ou na Europa²⁵, assim como no estudo em discussão que avaliou pacientes de procedência do sul do Brasil, composta em sua maioria de etnia branca. Portanto, a causa dessa diferença racial na prevalência ainda permanece incerta²⁶.

No estudo atual verificou-se que 43,4% dos pacientes apresentaram sintomas de FA na admissão, com a redução do rendimento físico sendo o sintoma mais prevalente. De acordo com Hansson *et al.*²⁷ o principal sintoma encontrado foram as palpitações aos esforços, seguido de redução do rendimento físico. Já, para Reynolds *et al.*²⁸ ao avaliar a sintomatologia na FA paroxística, o sintoma mais prevalente foi a dispnéia, tanto em homens como em mulheres.

Ao longo do tempo, o que se observa é que as palpitações podem desaparecer, de tal forma que pacientes em que a arritmia tornou-se permanente podem tornar-se assintomáticos²⁹. Na casuística atual a grande maioria dos pacientes estava em FA permanente, o que poderia justificar a menor prevalência de sintomas na admissão e o fato das palpitações não estar como o sintoma mais relatado. Assim como, quando em internação

hospitalar, supõe-se que grande parte dos pacientes estejam devidamente medicados, principalmente com medicações que controlam a taxa de FC, uma vez que a taquicardia é, na maioria das vezes, a grande responsável pela sensação de palpitações.

Neste estudo a HAS foi a mais prevalente dentre as comorbidades (79,8%) assim como na literatura, por causa da sua alta prevalência na população, a HAS é mais responsável pela FA quando comparado a qualquer fator de risco^{30,31}. Observou-se ainda neste estudo alta prevalência de DAC (62,6%), IC (66,7%), Doença valvar (47,5%), uma vez que a maioria dos pacientes encontrava-se em regime de internação hospitalar devido a causas envolvidas na DAC, IC e/ou doença valvar, sendo que 91,9% dos pacientes possuíam cardiopatia associada.

A obesidade está associada com aumento atrial e disfunção ventricular diastólica, indicadores já estabelecidos de FA³². Nesta casuística a média do IMC encontrada foi de 27,5 kg/m² (DP=5,2 kg/m²), ou seja, sobrepeso, a mesma encontrada em um grande estudo da Alemanha³³. A obesidade é um importante fator de risco potencialmente modificável, o Estudo Framingham sugere que intervenções para redução do peso possa diminuir a crescente incidência de FA³².

Com base em dados do Estudo Framingham, os preditores ecocardiográficos de FA incluem aumento do AE, redução da FEVE e espessura da parede do VE^{31,34}. Encontrou-se no estudo atual um valor médio de AE de 4,8 \pm 1,2 cm, acima do valor encontrado no Estudo Framingham de 4,2 \pm 0,64 cm. Assim como, valor médio de FEVE de 49% \pm 18,3% acima do valor encontrado no Estudo Framingham de 37% \pm 5,2%.

Estudo realizado por Takahashi *et al.*³⁵, com 164 indivíduos, com e sem hipertensão, doença cardíaca isquêmica ou doença reumática, e, em um estudo mais recente por Keren *et al.*³⁶ de 68 pacientes com estenose mitral e 34 pacientes com válvula mitral normal, observou-se um aumento gradual da dimensão do AE de acordo com a presença do ritmo sinusal para FA transitória e para FA crônica. De acordo com esses dados, pode-se inferir que, no presente estudo, o valor médio encontrado de AE foi maior e provavelmente está relacionado ao maior número de pacientes com FA permanente no estudo.

Tanto a espessura da parede do VE como a FEVE foram consideradas fatores preditivos do risco de FA quando avaliados simultaneamente com a dimensão do AE³⁴. Aumento na espessura da parede do VE e FEVE diminuída frequentemente acompanham as condições clínicas que estão associadas com a incidência de FA, como cardiomiopatias³⁷⁻³⁹.

Nos pacientes do estudo em discussão que apresentaram trombo no AE visualizados ao ecocardiograma (n=5), os valores do diâmetro do AE variaram de 4,5–5,6 cm, ou seja, valores de aumento moderado. Para Dittrich *et al*⁴⁰, muitos episódios de AVC/AITs em pacientes com FA de etiologia não valvar provavelmente são decorrentes de embolismo de trombos originados no AE. Por isso, fatores que contribuem para a estase sanguínea no AE, como por exemplo, o valor de seu diâmetro, podem ser importantes determinantes do risco de tromboembolismo periférico⁴⁰.

Em estudo de Gage *et al*¹⁹ ao utilizar o escore CHADS₂ obteve 26% de prevalência do escore 1 e 30% de prevalência de pacientes classificados em escore 2, assim como outro estudo determinou prevalência de 30% em escore 1 e 30% em escore 2, por intermédio do escore CHADS₂⁴¹ ressaltando-se que em ambos estudos estes foram os escores mais prevalentes na população. Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo, com maior prevalência dos escores 1 e 2, presentes em 25% da população, respectivamente.

Fatores de risco adicionais ao CHADS₂ foram expressos no CHA₂DS₂-VASc (idade 65-74 anos, doença vascular e sexo feminino). No estudo original de validação da *Euro Heart survey*²⁰, este escore de maneira geral obteve uma estatística C semelhante ao CHADS₂, mas foi melhor para identificar os pacientes que eram realmente classificados em baixo risco e categorizar somente pequena proporção em risco intermediário²⁰. No entanto, em uma coorte de idosos de pacientes com FA anticoagulados, os 2 escores obtiveram resultados semelhantes para previsão de tromboembolismo⁴².

Foi visto, ainda, predominância dos escores 3 e 4 na população total do estudo, presentes em 23,1% dos pacientes avaliados pelo CHA₂DS₂-VASc, o que demonstra que este escore classificou maior número de pacientes em alto risco (escore ≥ 2) comparado ao CHADS₂ e, menor número de pacientes em moderado risco (escore = 1) com 2% versus 25% no CHADS₂. Ao seguir as recomendações da Diretriz Européia⁴³ e re-classificando os pacientes dos escores 0 e 1 do CHADS₂, utilizando o CHA₂DS₂-VASc, no presente estudo a maioria dos pacientes passaram a ser classificados como alto risco para tromboembolismo.

Muitas evidências apóiam a eficácia dos anticoagulantes orais (antagonistas da vitamina k, como a varfarina), os quais podem reduzir o risco de AVC em dois terços⁴⁴. No entanto, os anticoagulantes orais estão mais relacionados a efeitos adversos em idosos, são mais caros, e mais complicados de implementar por conta da necessidade de monitoração do RNI⁴⁵.

Neste estudo observou-se que 44 pacientes não estavam em uso de anticoagulante na admissão. Ao excluir dentre estes pacientes aqueles que não foram classificados através do CHADS₂ por possuírem doença valvar (15 pacientes), percebeu-se que 68,9% do restante possuía indicação do uso, uma vez que estavam classificados em escore ≥ 2 através do CHADS₂, porém, não estavam em uso do anticoagulante na admissão do estudo.

Recentemente foi testado um novo escore de risco para sangramento, o HAS-BLED, que demonstrou utilidade na prática clínica diária para a tomada de decisão frente ao uso de anticoagulante oral em pacientes recém-diagnosticados com FA⁴⁶, ou, quando a terapia anti-plaquetária está sendo considerada, até mesmo para DAC¹⁸. No presente estudo, observou-se que o escore mais prevalente foi o 3, com um total de 33 pacientes, assim como, 55,6% dos pacientes foram classificados como de alto risco para sangramentos (escore ≥ 3).

Ao avaliar o risco-benefício da anticoagulação usando os escores CHADS₂ e HAS-BLED, demonstrou-se que a grande maioria de pacientes com FA que necessitam de anticoagulação oral (CHADS₂ ≥ 2), o risco de hemorragia supera os potenciais benefícios da anticoagulação se a pontuação do HAS-BLED exceder o escore obtido no CHADS₂. No caso de CHADS₂ com pontuação igual a 1, a pontuação do HAS-BLED deve exceder 2 pontos para que o efeito benéfico da anticoagulação seja superado pelo risco de hemorragia⁴⁶.

Neste estudo, observou-se que dos 38 pacientes que possuíam indicação de anticoagulação através do CHADS₂, 31,5% deles obtiveram o escore HASBLED excedendo o seu respectivo CHADS₂. E, dos 13 pacientes que possuíam CHADS₂ igual a um, 53,8% deles obtiveram o escore HAS-BLED excedendo em 2 pontos o seu respectivo CHADS₂. O que mostra a dificuldade na prática clínica para o uso de anticoagulante na FA.

As limitações do presente estudo podem ser observadas inicialmente por ser um estudo transversal, no qual é difícil afirmar o fator causalidade. A maioria da população do estudo estava em regime de internação hospitalar, o que pode ter causado viés de seleção, uma vez que a amostra não foi selecionada através de técnica aleatorizada.

Neste estudo, optou-se por realizar questionário por meio de entrevistas aos pacientes, o que pode ter gerado viés de informação, uma vez que os pacientes não recordaram-se de alguns dados necessários para o preenchimento dos dados.

Este estudo contribui por ser o primeiro registro do

perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de FA atendidos na instituição, o que contribuirá para futuros trabalhos na área e ainda a possibilidade de continuidade do mesmo.

Como conclusão este estudo demonstrou perfil da população portadora de FA atendida na instituição caracterizado por ser do sexo masculino, idoso, aposentado, etnia branca, procedente da Grande Florianópolis-SC, apresentar redução do rendimento físico como o sintoma mais frequente, HAS como a doença de base mais prevalente, ter FA do tipo permanente e alta prevalência de DCV.

A estratégia de controle da frequência cardíaca foi a mais adotada; muitos dos pacientes que não estavam em uso de anticoagulante na admissão, possuíam indicação do uso segundo o escore CHADS₂; viu-se a importância da re-classificação através do CHA₂DS₂-VASc dos pacientes classificados inicialmente segundo o escore CHADS₂. Ao mesmo tempo, observou-se que o escore HAS-BLED ganhou importância em número considerável de pacientes do estudo classificados em escores ≥ 2 através do CHADS₂, o que demonstra a dificuldade na prática clínica de início de terapia anticoagulante.

Referências

1. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silberschatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation* 1998;98:946–952.
2. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001;285:2370–5.
3. Fitzmaurice DA, Hobbs FDR, Jowett S, Mant J, Murray ET, Holder R, et al. Screening versus routine practice for detection of atrial fibrillation in people aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:383–6.
4. Watson T, Shantsila E, Lip GYH. Mechanisms of thrombogenesis in atrial fibrillation: Virchow's triad revisited. *Lancet* 2009;373:155–66.
5. Cairns J, Connolly S. Nonrheumatic atrial fibrillation. Risk of stroke and role of antithrombotic therapy. *Circulation* 1991;84:469–81.
6. Wolf P, Abbott R, Kannel W. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study. *Stroke* 1991;22:983–8.
7. Hart R, Tonarelli S, Pearce L. Avoiding central nervous system bleeding during antithrombotic therapy recent data and ideas. *Ann Intern Med* 1999;131:492–501.
8. Bungard T, Ghali W, Teo K, et al. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Arch Intern Med* 2000;160:41–6.
9. Cohen N, Almozni-Sarafian D, Alon I, et al. Warfarin for stroke prevention still underused in atrial fibrillation. Patterns of omission. *Stroke* 2000;31:1217–22.
10. Currie C, Jones M, Goodfellow J, et al. Evaluation of survival and ischaemic and thromboembolic event rates in patients with non-valvular atrial fibrillation in the general population when treated and untreated with warfarin. *Heart* 2006;92:196–200.
11. Fang M, Stafford R, Ruskin J, et al. National trends in antiarrhythmic and antithrombotic medication use in atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2004;164:55–60.
12. Nieuwlaat R, Capucci A, Camm A, et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC Member Countries. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2005;26:2422–34.
13. Ruigomez A, Johansson S, Wallander A, et al. Incidence of chronic atrial fibrillation in general practice and its treatment pattern. *J Clin Epidemiol* 2002;55:358–63.
14. Hansson A, Härdig BM, Olsson SB. Arrhythmia-provoking factors and symptoms at the onset of paroxysmal atrial fibrillation: A study based on interviews with 100 patients seeking hospital assistance. *BMC Cardiovascular Disorders* 2004;4(13):1–9.
15. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence Network and European Heart Rhythm Association. *Europace* 2007;9(11):1006–23.
16. Kannel, D'Agostino, Silberschatz, Belanger, Wilson, Levy. Profile for Estimating Risk of Heart Failure' - *Arch Intern. Med* 1999;159(11):1197–204.
17. Zimmerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2009;92(6):1–39.

18. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. *Chest* 2010;138(5):1093–100.
19. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results of the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA* 2001;285:2864–70.
20. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Chest* 2010;137:263–72.
21. Wolf PA, Benjamin EJ, Belanger AJ, Kannel WB, Levy D, D'Agostino RB. Secular trends in the prevalence of atrial fibrillation: The Framingham Study. *Am Heart J* 1996;131:790–5.
22. Stewart WJ, Black IW, Kidwell GA, Thomas JD, Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation. *JAMA* 2001;285:2370–5.
23. Heeringa J, Kuip DAM, Hodman Albert, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *European Heart Journal* 2006;27:949–53.
24. Psaty BM, Manolio TA, Kuller LH, et al. Incidence of and risk factors for atrial fibrillation in older adults. *Circulation* 1997;96:2455–61.
25. Ryder KM, Benjamin EJ. Epidemiology and significance of atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 1999;84:131–8.
26. Junior CBU. Reduced prevalence of atrial fibrillation in black patients compared with white patients attending an urban hospital: an electrocardiographic study. *J Natl Med Assoc* 2002;94(4):204–8.
27. Hansson A, Härdig BM, Olsson SB. Arrhythmia-provoking factors and symptoms at the onset of paroxysmal atrial fibrillation: A study based on interviews with 100 patients seeking hospital assistance. *BMC Cardiovascular Disorders* 2004;4(13):1–9.
28. Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, Cohen DJ, Zimetbaum P. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new onset atrial fibrillation: the FRACTAL study. *Am Heart J* 2006; 152(6):1097–103.
29. Kerr CR, Boone J, Connolly SJ, et al. The Canadian Registry of Atrial Fibrillation: a non interventional follow-up of patients after the first diagnosis of atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 1998;82:82–5.
30. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort: the Framingham Heart Study. *J Am Med Assoc* 1994;271:840–4.
31. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82:2–9.
32. Wang TJ, Parise H, Levy D, et al. Obesity and the risk of new onset atrial fibrillation. *Am J Med* 1995;98(5):476–84.
33. Nabauer M, Gerth A, Limbourg T, Schneider S, Oeff M, Kirchhof P, Goette A, Lewalter T, Ravens U, Meinertz T, Breithardt G, Steinbeck G. The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace* 2009;11:423–34.
34. Vaziri SM, Larson MG, Benjamin EJ, et al. Echocardiographic predictors of nonrheumatic atrial fibrillation. The Framingham Heart Study. *Circulation* 1994;89:724–30.
35. Takahashi N, Imataka K, Seki A, Fujii J. Left atrial enlargement in patients with paroxysmal atrial fibrillation. *Jpn Heart J* 1982;23:677–83.
36. Keren G, Etzion T, Sherez J, Zelcer A, Megidish R, Miller H, Laniado S. Atrial fibrillation and atrial enlargement in patients with mitral stenosis. *Am Heart J* 1987;114:1146–55.
37. Falk RH. Cardiac amyloidosis. *Prog Cardiol* 1989;2:143–56.
38. Mann B, Ray R, Goldberger AL, Shabetai R, Green C, Kelley M. Atrial fibrillation in congestive cardiomyopathy: echocardiographic and hemodynamic correlates. *Cath Cardiovasc Diag* 1981;7:387–95.
39. Robinson K, Frenneaux MP, Stockens B, Karatasakes G, Polonieiki JD, McKenna WJ. Atrial fibrillation in hypertrophic cardiomyopathy: a longitudinal study. *J Am Coll Cardiol* 1990;15:1279–85.

40. Dittrich HC, Pearce LA, Asinger RW, McBride R, Webel R, Zabalgoitia M, et al. Left atrial diameter in nonvalvular atrial fibrillation: an echocardiographic study. *Am Heart J* 1999;137(3):494–9.
41. Rietbrock S, Heeley E, Plumb J, van Staa T. Chronic atrial fibrillation: incidence, prevalence, and prediction of stroke using the congestive heart failure, hypertension, age>75, diabetes mellitus, and prior stroke or transient ischemic attack (CHADS2) risk stratification scheme. *Am Heart J* 2008;156:57-64
42. Poli D, Lip GY, Antonucci E, Grifoni E, Lane D. Stroke risk stratification in a “real-world” elderly anticoagulated atrial fibrillation population. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2010;1:25–30.
43. Camm JA, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation - The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2010.
44. Aguilar MI, Hart R. Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:1927.
45. Van Walraven C, Hart RG, Singer DE, Laupacis A, Connolly S, Petersen P, et al. Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation: an individual patient meta analysis. *JAMA* 2002;288:244–8.
46. Lip GY, Huber K, Andreotti F, et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary intervention/stenting. *Thromb Haemost* 2010;103(1):13–28.

Tabela 1 - Perfil demográfico dos pacientes portadores de FA.

	n	%
Genêro		
Masculino	59	59,6
Idade Média (±d.p.)	64,8 (±12,5 anos)	
Idosos *	66	66,7
Etnia		
Branco	90	90,9
Procedência		
Grande Florianópolis	65	65,7
Atividade		
Aposentado	75	75,8
Origem		
Internação	85	85,8

* Idosos – segundo classificação do IBGE.

Tabela 2 - Escore EHRA dos pacientes portadores de FA.

	n	%
Sem sintomas	34	34,3
Atividades diárias normais sem comprometimento	8	8,1
Atividades diárias normais afetadas	15	15,2
Incapacidade de realizar atividades diárias devido sintomatologia	8	8,1
Outra causa de incapacidade	28	28,3
Inconclusivo	6	6,1

Tabela 3 - Doenças de base dos pacientes portadores de FA, na admissão.

	n	%
Doença Arterial Coronariana	62	62,6
Insuficiência Cardíaca	66	66,7
Doença Valvar	47	47,5
Hipertensão Arterial	79	79,8
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	12	12,1
Hipertireoidismo	3	3,0
Diabetes Melito	31	31,3
Cardiomiopatia	48	48,5
Doença Cerebrovascular	18	18,2
Cardiopatia	91	91,9

Tabela 4 - Alterações eletrocardiográficas e FC estimada em ECG dos pacientes portadores de FA.

	n	%
Presentes	93	93,9
Sinais de isquemia	21	21,2
Sinais de lesão	16	16,2
Sinais de necrose	21	21,2
Bloqueio Átrio-Ventricular	5	5,1
Bloqueios divisionais	35	35,4
Complexo QRS alargado	25	25,3
Alteração de repolarização	80	80,8
Intervalo QT alargado	1	1
Síndrome de WPW	0	0
Outras arritmias	35	35,4
Frequência cardíaca ≥ 100 bpm	53	53,5
Frequência cardíaca < 60 bpm	5	5,1

BPM, batimentos por minuto; WPW, Wolff Parkinson White.

Gráfico 1 - Distribuição dos sintomas em pacientes com FA no momento de admissão (n=43).

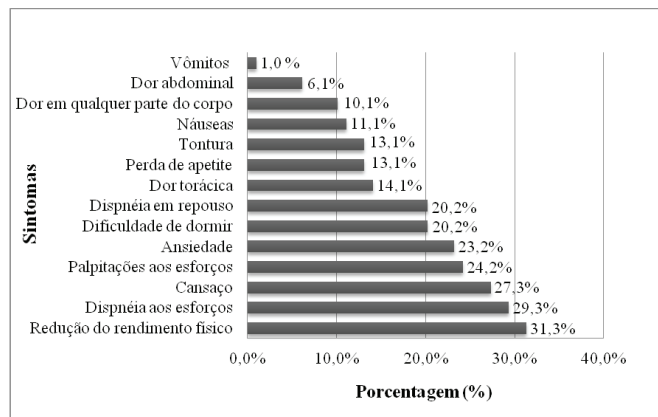


Gráfico 2 - Distribuição do escore CHADS₂ em pacientes com FA sem doença valvar no momento de admissão (n=52).

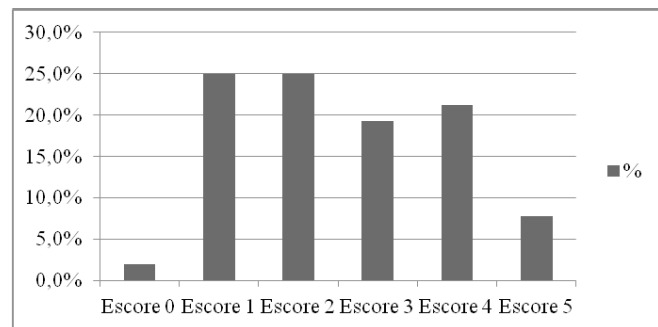


Gráfico 3 - Distribuição dos escore CHA₂DS₂-VASc em pacientes com FA sem doença valvar no momento de admissão (n=52).

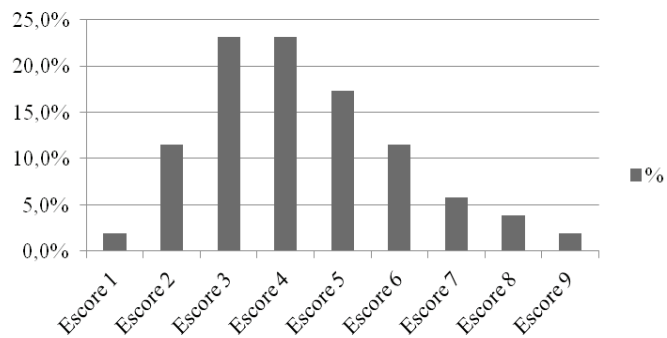
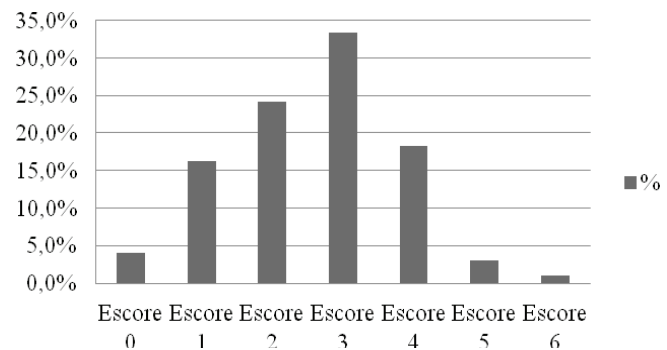


Gráfico 4 - Distribuição do escore HAS-BLED em pacientes com FA no momento de admissão (n=99).



Endereço para correspondência:
 Roberto Henrique Heinisch
 Unidade Hospitalar de Ensino– UNISUL
 Rua Vidal Ramos, 215.
 Tubarão SC
 CEP 88790-000.
 E-mail: roberto.heinisch@unisul.br