

Fibrilhação auricular: das guidelines à realidade

Atrial Fibrillation: from the guidelines to the reality

Patrícia Costa Reis*, Tereza Patrícia**, Luís Dutschmann***

Resumo

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é uma disritmia frequente, encontrando-se associada à doença cerebrovascular (DCV). Quinze por cento dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) estão directamente relacionados com a FA. Foi provado que a anticoagulação oral (ACO) reduz significativamente esta relação, sugerindo-se ACO nas 3 semanas seguintes à cardioversão e, a longo prazo, em doentes com mais de 75 anos ou que apresentem um ou mais factores de risco para DCV. A ACO a longo prazo é segura e benéfica, mesmo nos idosos. Contudo, na prática clínica diária os médicos evitam prescrever ACO.

Objectivos: Determinar a prevalência de FA nos doentes internados num serviço de Medicina Interna do Hospital Fernando Fonseca nos últimos 9 anos; estudar a ocorrência de DCV nestes doentes; avaliar a utilização de ACO no momento da alta dos doentes internados por FA em 2004;

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo, efectuado através da consulta da base de dados do serviço.

Resultados: Em 9 anos 6,7% dos doentes internados (927/13800) apresentavam fibrilhação auricular. Em 2004 ocorreram 122 internamentos por FA; 17,2% foram hospitalizados por AVC ou tinham história de DCV no passado. A ACO foi utilizada apenas em 22,2%, a antiagregação em 58,3% e 19,4% não beneficiaram de nenhuma destas estratégias.

Conclusões: Apesar de se saber que a ACO diminui o risco de DCV nos doentes com FA, o número de doentes anticoagulados, na prática, é pequeno. É necessário mudar esta atitude para lutar contra a DCV, principal causa de morte no nosso país.

Palavras chave: Fibrilhação auricular, doença cerebrovascular, anticoagulação oral.

Abstract

Background: Atrial Fibrillation (AF) is a very frequent arrhythmia. A devastating consequence of AF is stroke and 15% of all strokes are caused by AF. Several trials have proved a significant reduction in the risk of stroke with anticoagulation (AC). New guidelines have suggested AC for at least three weeks after cardioversion and long term AC for patients older than 75 years with AF, as well as those with risk factors for a thromboembolic event. Long-term AC in the community is safe and effective, even in the elderly. However, some physicians avoid prescribing AC.

Objectives: Determine the prevalence of AF in patients attending the Internal Medicine Department of Fernando Fonseca Hospital, over the last 9 years; study the prevalence of stroke in these patients; determine the use of AC at discharge of patients with AF in 2004.

Design: retrospective, event driven clinical database analysis.

Results: In 9 years AF was found in 6.7% (927/13800) of patients. In 2004, 122 patients with AF were hospitalised and 17.2% had cerebrovascular disease. AC on discharge was noted in only 22.2% of these patients.

Conclusions: Even though it has been proved that AC reduces the risk of stroke in patients with AF, in general practice the number of patients anticoagulated is small. We must change this attitude in order to reduce the morbidity and mortality associated to stroke, the leading cause of death in our country.

Key words: Atrial Fibrillation, stroke prevention and anticoagulation.

Introdução

A Fibrilhação Auricular (FA) é uma disritmia bastante frequente que se associa ao envelhecimento

populacional, duplicando a sua incidência por cada década de vida.¹ Estima-se que 3,8% dos indivíduos com mais de 60 anos sofram desta disritmia, sendo 9% dos afectados no grupo com mais de 80 anos.^{2,3} A idade média dos doentes com FA é de 75 anos.⁴

É de especial relevância a associação entre FA e doença cerebrovascular (DCV), principal causa de morte em Portugal. Estima-se que 15% dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs) estejam directamente relacionados com a FA.⁵ Entre os mais idosos a FA é a causa mais frequente de acidente vascular isquémico

*Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa

**Assistente Graduada de Medicina Interna

***Director de Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina 2 do Hospital Fernando Fonseca

Recebido para publicação a 03.11.05

Aceite para publicação a 05.03.06

co.⁴ Um doente com FA tem um risco de DCV cinco vezes superior ao da população geral do mesmo grupo etário, sendo a incidência anual de AVC em doentes com FA de 4,5%.^{6,7} O risco é independente da duração dos episódios de FA.^{2,8}

A estase sanguínea, associada à disfunção auricular própria desta disritmia, favorece a formação de trombos que facilmente embolizam e atingem o cérebro. Estes êmbolos têm maiores dimensões do que os provenientes de outras fontes, pelo que são responsáveis por AVCs associados a uma elevada mortalidade e a significativos défices neurológicos.⁴

A anticoagulação oral (ACO) é uma terapêutica altamente eficaz na prevenção da doença cerebrovascular nos doentes com FA, sendo responsável pela diminuição da formação de trombos nas aurículas.⁹ Foi demonstrada uma redução de 65% no risco de AVC com a ACO, 45% superior face aos resultados obtidos com a antiagregação plaquetária.⁴ Concluiu-se igualmente que, quando correctamente administrada a ACO com INRs alvo constantes entre os 2-3 elimina todo o risco de AVCs directamente associados à FA.⁴

Com a utilização da ACO, não só é menos frequente a ocorrência de AVCs, como aqueles que acabam por surgir em doentes devidamente anticoagulados estão associados a uma menor mortalidade e morbilidade, sendo pouco frequentes os casos de morte ou de incapacidade grave.¹⁰

Várias recomendações¹¹ sugerem a utilização de ACO nas primeiras 3-4 semanas após a cardioversão, devido ao risco aumentado de embolização durante este período. É igualmente prudente que esta se mantenha durante os primeiros 3 meses, altura em que se sabe ser mais frequente a ocorrência de um novo episódio de FA.¹

Deve-se optar por anticoagulação oral a longo prazo (INRs alvo:2-3) nos doentes com mais de 75 anos e em todos aqueles que apresentem um ou mais factores de risco para fenómenos tromboembólicos. Hipertensão arterial, mesmo que tratada e controlada, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, disfunção ventricular esquerda, cardiopatia isquémica, estenose mitral e história de doença cerebrovascular no passado são factores que devem ser encarados como de risco e, quando presentes, devem levar a que se opte pela estratégia da ACO a longo prazo^{1,11}. Pode concluir-se que todos os doentes com FA devem receber ACO, com excepção dos que têm menos de 75

anos, daqueles que não apresentem factores de risco para fenómenos tromboembólicos e dos que tenham contra-indicações absolutas para o uso de ACO.¹ No caso dos doentes com idade compreendida entre os 65 e os 75 anos sem factores de risco, poderá optar-se por antiagregação plaquetar ou ACO de acordo com as características individuais do doente. Estas indicações são independentes da duração dos episódios de FA e de se ter optado por uma estratégia de controlo de ritmo ou de controlo de frequência.¹¹

Apesar de todos estes dados, sabe-se que existe uma subutilização da varfarina na FA, provavelmente devido ao medo dos efeitos adversos, sendo o mais temido a hemorragia intracraniana. Esta associa-se a um alto risco de morte a curto prazo e a défices neurológicos graves. A hemorragia intracraniana tem um prognóstico pior do que o AVC isquémico, com uma sobrevivência aos 2 anos inferior a 75% e a ocorrência de sequelas neurológicas significativas em quase todos os casos.⁶ O volume dos hematomas e a taxa de mortalidade duplica nos doentes que se encontram anticoagulados.⁶ Contudo, é preciso ter em consideração que a hemorragia intracraniana é uma complicação pouco comum nos doentes com FA a receberem ACO. Estima-se que o risco de ocorrência desta complicação nos doentes anticoagulados seja de apenas 0,3% ao ano.⁶

Existe uma especial preocupação com os idosos. O estudo *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II (STAFII)* sugeriu que estes têm um risco três vezes maior de ocorrência de uma hemorragia intracraniana durante o tratamento com ACO face aos indivíduos mais novos (1,8% / 0,5%). Diferenças explicáveis pela maior dificuldade de controlo do INR nos idosos, que se encontram geralmente polimedicados e que apresentam uma deterioração das funções dos órgãos responsáveis pelo metabolismo e pela excreção da varfarina. Há ainda a considerar a presença de angiopatia amilóide cerebral, frequente nestas idades e que leva a uma maior fragilidade vascular. Os idosos, face a dificuldades motoras, de equilíbrio e de visão, têm também um maior risco de queda.

É, assim, inequívoco que os doentes idosos têm um maior risco de complicações graves com a terapêutica anticoagulante. Poderá, então, pensar-se que esta terapêutica não deva ser utilizada neste grupo de doentes ou deva ser moderada. Várias recomendações¹¹ sugeriram a utilização nos doentes com mais de 75 anos de anticoagulação oral de menor intensidade

(INRs alvo:1,6-2,5).

É preciso ter em consideração, porém, que este grupo etário, para além de ter um risco elevado de hemorragia intracraniana com a ACO, tem também um risco muito acrescido de doença cerebrovascular. Sabe-se igualmente que o problema das quedas tem sido sobrevalorizado pelos médicos. A maioria dos doentes que sofrem uma queda (90%) não apresentam lesões graves, estimando-se que um doente com FA a fazer ACO tem de cair 295 vezes por ano para que o risco de hemorragia seja igual ao de AVC.⁶

Quanto às estratégias que recomendavam a utilização de anticoagulação moderada, foi provado que o risco de AVC isquémico aumenta de uma forma muito significativa com $INR < 2,0$ e não se verifica uma redução significativa do risco de hemorragia intracraniana com esta estratégia,^{10,13} ficando claro que se deve optar por INRs alvo:2-3, mesmo nos doentes idosos.^{10,13} Foi igualmente provado que o risco de hemorragia grave aumenta significativamente apenas para $INRs > 3,5$ e em doentes com mais de 85 anos, mas, mesmo nestes, os benefícios da prevenção da doença cerebrovascular são superiores aos riscos de hemorragia grave.¹³ A ACO é, assim, segura e eficaz, mesmo nos idosos.

Apesar destes dados evidenciarem a importância da utilização da varfarina nestes doentes, na realidade estima-se que aproximadamente metade dos doentes com FA não beneficiam de uma correcta terapêutica anticoagulante.⁶ A subutilização da varfarina é muito significativa, sobretudo nos idosos. Num estudo recente, detectou-se que apenas 32 a 53% dos idosos com FA residentes em lares, sem contra-indicações para o uso de anticoagulantes, se encontram medicados com varfarina.⁶ Esta é uma realidade ainda mais significativa nas zonas rurais.

Noutro estudo, estimou-se que quase todos os doentes (93,7%) com próteses valvulares recebiam ACO, enquanto apenas 59% dos doentes com FA não reumática eram anticoagulados.⁶ Os médicos valorizam os benefícios desta estratégia terapêutica nos casos de próteses valvulares e minimizam as vantagens da utilização do mesmo fármaco na FA.

Para além dos efeitos adversos, outro dos grandes problemas da varfarina é a sua interacção com múltiplos fármacos, o que dificulta o controlo do INR. Um estudo detectou que a maioria dos doentes só apresenta INRs no intervalo terapêutico em 50% do tempo, o que significa que na outra metade não se

encontram protegidos de fenómenos tromboembólicos ou têm risco acrescido de hemorragias.⁶

Outro problema relacionado com a utilização da ACO é a coordenação das várias estruturas organizacionais de saúde e a escolha de qual o profissional com a responsabilidade de apoiar o doente, ajustando a dose do fármaco e controlando o INR.

Face aos dados encontrados na literatura internacional, importa avaliar a realidade portuguesa, da qual ainda se conhece pouco. O intuito deste trabalho é determinar a prevalência desta disritmia nos doentes internados num serviço de Medicina Interna do Hospital Fernando Fonseca nos últimos 9 anos. Pretendemos, igualmente, avaliar a associação da FA com outras patologias cardiovasculares e com a doença cerebrovascular. Outro objectivo orientador desta investigação é avaliar a utilização da anticoagulação oral no momento da alta dos doentes internados por FA no nosso serviço durante o ano de 2004. Com este estudo tentaremos compreender um pouco melhor a realidade da prática clínica em Portugal, sempre com o intuito de aperfeiçoar as nossas condutas, no sentido de tentarmos lutar de uma forma mais eficiente e segura contra a doença cerebrovascular no nosso país.

Material e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, realizado no serviço de Medicina 2 do Hospital Fernando Fonseca.

As informações foram obtidas através da consulta da base de dados EXCEL do serviço e da leitura das notas de alta do ano de 2004. Todos os doentes internados no serviço desde 1996 encontram-se codificados na base de dados, a qual permite aceder ao sexo do doente, idade, tempo de internamento e diagnósticos finais no momento da alta. A patologia que motivou o internamento é codificada como primeiro diagnóstico, seguida de outras doenças também presentes no mesmo indivíduo.

A prevalência de FA foi calculada avaliando-se os diagnósticos finais no momento da alta, desde 2 de Janeiro de 1996 até 31 de Dezembro de 2004. Foram estudados os internamentos por FA ao longo de nove anos, tendo existido vários casos de reinternamento que não foram excluídos para o cálculo da prevalência. A caracterização dos doentes quanto à idade e ao tempo médio de internamento foi obtida através da consulta directa da base de dados. Todas as outras variáveis foram estudadas apenas no grupo de doentes

tes internados no nosso serviço em 2004. O estudo da associação a outras doenças cardiovasculares e a doença cerebrovascular foi feito tendo por base os diagnósticos no momento da alta.

Para determinar o número de doentes que tiveram alta anticoagulados foram estudadas as notas de alta e o registo informático referente à realização de INRs no hospital. Foram também consultados os processos clínicos de internamento com o intuito de estudar os doentes, avaliando quais os que apresentavam indicações para ACO a longo prazo e em quais esta terapêutica se encontrava contra-indicada. Neste estudo foi tida em consideração a existência de vários doentes com reinternamentos. Nos casos em que tal acontecia apenas se estudou o último internamento.

Considerou-se que um doente tinha indicação para ACO a longo prazo sempre que tinha mais de 75 anos ou que apresentava um ou mais factores de risco para doença cerebrovascular, de acordo com as recomendações do *American College of Cardiology*, *American Heart Society* e *European Society of Cardiology (ACC/AHS/ESC)*.¹¹

O tratamento dos dados foi efectuado, utilizando o programa informático EXCEL.

Resultados

Desde 1 de Janeiro de 1996 até 31 de Dezembro de 2004 recebemos no nosso serviço 13800 doentes; destes, 927 apresentavam fibrilhação auricular. A prevalência desta doença foi de 6,7%. Os doentes internados que sofriam de FA tinham uma idade média de 75 anos (55-100 anos) e um tempo médio de internamento de 9 dias (1-26 dias).

Verificou-se existir uma diferença entre a idade média dos doentes e o facto da fibrilhação auricular ser registada como primeiro, segundo ou terceiro diagnóstico. Os doentes com primeiro diagnóstico de FA tinham uma idade média inferior (72 anos), comparativamente com os doentes que, na nota de alta, apresentavam esta disritmia como segundo (75,6 anos) ou terceiro diagnóstico (78 anos).

Analisando apenas os dados referentes a 2004, o nosso serviço teve 122 internamentos de doentes com FA. Estes internamentos correspondiam a 116 indivíduos, uma vez que 6 doentes foram internados por duas vezes no mesmo ano; 62,9% eram mulheres.

Relativamente ao estudo de outras patologias cardiovasculares presentes em doentes internados por FA constatou-se que 47,4% (55/116) sofriam de

hipertensão arterial, 40,5% (47/116) apresentavam insuficiência cardíaca e 31,0% (36/116) tinham cardiopatia isquémica.

Quanto ao estudo da doença cerebrovascular, concluímos que 17,2% (20/116) foram internados por ou tinham história, no passado, de AVC ou AIT (Acidente Isquémico Transitório). A ocorrência de doença cerebrovascular em doentes com FA é diferente, consoante a disritmia surge como 1º, 2º. ou 3º. diagnósticos. Enquanto apenas 6,1% (3/49) dos doentes em que a FA é codificada como 1º. diagnóstico apresentam doença cerebrovascular, este valor sobe para 27,3% (9/33) nos casos em que a disritmia é apresentada como 3º. diagnóstico.

Dos doentes com FA internados em 2004 no nosso serviço (116), quatro faleceram (3,4%), dois por tromboembolismo pulmonar e os restantes por insuficiência cardíaca descompensada. Dos restantes, 96,4% (108/112) tinham indicação para fazer anticoagulação a longo prazo. Quatro doentes não apresentavam idade ou factores de risco que motivassem esta terapêutica, ou apresentavam contra-indicações para o seu uso. Esta última situação passou-se com dois casos, um em que existia um hematoma cerebral e outro que sofria de insuficiência hepática grave, com um aumento significativo do tempo de protrombina.

Dos 108 doentes com indicação para fazer anticoagulação a longo prazo apenas 22,2% (24) tiveram alta medicados com varfarina. Foram prescritos antiagregantes plaquetares em 58,3% (63) dos doentes. Em 19,4% (21) não foi seguida nenhuma destas estratégias terapêuticas (*Quadro I*).

Constatou-se que os doentes anticoagulados apresentavam uma média de idades bastante inferior aos doentes em que foi utilizada a antiagregação plaquetar (73,2 vs 79,8 anos).

Verificou-se que se optou mais frequentemente por anticoagular os doentes que apresentavam FA codificada como 1º. diagnóstico, comparativamente com os outros casos, como os que apresentavam FA como 3º. diagnóstico (31,8% vs 9,4%), estes últimos com uma idade média muito superior (83,1 vs 75,6 anos) (*Quando I*).

Discussão

A prevalência de fibrilhação auricular nos doentes internados no nosso serviço desde 1996 foi cerca de 6,7%. Este valor mostra quão significativa é esta patologia no nosso serviço, não permitindo, contudo,

QUADRO I

Estratégias terapêuticas no momento da Alta dos doentes com FA

Doentes com Indicação para ACO	Anticoagulação	Antiagregação	Nenhuma	Idade Média
Total	22,2%(24/108)	58,3%(63/108)	19,4%(21/108)	78,6
1º. Diagnóstico	31,8%(14/44)	54,5%(24/44)	13,6%(6/44)	75,6
2º. Diagnóstico	21,9%(7/32)	62,5%(20/32)	15,6%(5/32)	78,5
3º. Diagnóstico	9,4%(3/32)	59,4%(19/32)	31,2%(10/32)	83,2

que se extrapole acerca do seu impacto na população geral, uma vez que estudámos apenas um subgrupo com características muito particulares. Estamos perante um grupo envelhecido e com múltiplas patologias, cuja descompensação do estado geral causou o internamento; logo, é natural que a prevalência desta disritmia seja muito mais elevada do que na população geral. Não obstante, o valor encontrado encontra-se próximo de valores obtidos noutros estudos em que a prevalência de fibrilhação auricular foi de 5% nos indivíduos com mais de 70 anos,⁴ o subgrupo que geralmente necessita de internamento hospitalar.

Uma vez que não foi tida em conta a questão dos reinternamentos na recolha de dados, o número de internamentos por FA não corresponde certamente ao número de doentes afectados por esta patologia que foram atendidos no nosso serviço, uma vez que muitos terão tido mais do que um internamento. Contudo, tal não afecta a avaliação do impacto desta patologia no serviço, pois tal é independente do facto de se tratar de um primeiro internamento ou de um subsequente.

A média de idades dos doentes internados com FA foi de 75 anos, valor já obtido noutros estudos.⁴

Os doentes em que a FA é codificada como 1º. diagnóstico correspondem, geralmente, aos casos de FA de novo, muitas vezes paroxística ou persistente. Estes casos correspondem a doentes mais novos (média de idades: 72 anos), com menos intercorrências e menos patologias associadas. Os doentes com FA codificada como 3º. diagnóstico correspondem aos casos de FA conhecida, crónica ou recorrente, que são internados por outras patologias, tendo, por isso, uma idade média bastante superior (78 anos).

Quanto aos dados obtidos referentes ao último ano em que observámos 116 doentes com FA, verificámos que a grande maioria (62,9%) eram mulheres, algo

que é explicável pela sua maior esperança de vida, acabando por recorrer mais frequentemente ao hospital e correspondendo a um maior número de internamentos.

Relativamente ao estudo de outras patologias cardiovasculares presentes nestes

doentes, constatámos que a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca e a cardiopatia isquémica são bastante frequentes.

Verificou-se que 17,2% tinham sido internados por AVC ou apresentavam história de doença cerebrovascular no passado. Nas FAs codificadas como 3º. diagnóstico, que correspondem a doentes idosos com FAs conhecidas, este número é ainda maior (27,2%). Estes valores deverão ser muito inferiores à realidade, pois nem sempre se refere nas notas de alta a ocorrência de AVCs ou AITs no passado, sobretudo se deles não resultaram sequelas significativas. Detectámos essencialmente os casos dos doentes internados por AVC que apresentavam FA, podendo não ter sido detectados os doentes internados por outras patologias que também apresentavam história de doença cerebrovascular.

Dos doentes com indicação apenas 22,2% tiveram alta anticoagulados. Este valor indica-nos que 77,8% dos doentes não estão medicados com a estratégia que reduz de uma forma mais significativa o risco de doença cerebrovascular. Esta realidade está de acordo com as conclusões tiradas num outro estudo em que 91% dos médicos afirmavam conhecer os critérios para a ACO nos doentes com FA, mas somente os consideravam aplicáveis em 54% dos casos.¹⁴ Outros estudos também obtiveram valores baixos para o número de doentes com FA anticoagulados.^{15,16}

O nosso Hospital recebe uma população envelhecida, com grandes dificuldades socioeconómicas e pouco apoio social. É muitas vezes difícil que estes doentes percebam correctamente as posologias e a necessidade de fazerem análises periódicas. Outro problema é o controlo dos INRs, não existindo uma estrutura de apoio a estes doentes. Estamos perante uma população com múltiplas patologias, polimedicada, sendo muito difícil o controlo do INR. O medo

das hemorragias graves acaba por se sobrepor aos benefícios que esta estratégia terapêutica poderia trazer e opta-se muitas vezes por antiagregar em vez de anticoagular, sobretudo nos mais idosos.

Constatámos que era nos casos em que a FA era codificada como 3º. diagnóstico que era menos utilizada a ACO. Apenas 9,4% dos doentes estavam anticoagulados e são estes os doentes que têm um maior risco de doença cerebrovascular, por apresentarem uma idade mais avançada.

Um estudo recente constatou que são as mulheres que têm um maior aumento do risco de morte, de doença cerebrovascular e de doenças cardiovasculares, quando surge FA, risco esse passível de ser significativamente reduzido com ACO.¹⁷ O nosso serviço recebe sobretudo mulheres (62,9%) pelo que no futuro será necessário valorizarmos mais os benefícios da terapêutica anticoagulante.

Por último, importa ainda realçar que são vários os doentes em que não foi utilizada anticoagulação ou antiagregação plaquetar (19,4%). Este valor poderá estar aumentado, por escassez de informações na nota de alta. A mesma situação poderá ter levado a que doentes anticoagulados não tenham sido contabilizados como tal. Contudo, neste caso é menos provável, uma vez que se cruzaram as informações das notas de alta com os registos informáticos dos controlos dos INRs realizados no Hospital.

Os dados apresentados confirmam a subutilização da anticoagulação oral no doente com fibrilhação auricular. A varfarina tem-se revelado um fármaco muito difícil de manusear associado a múltiplas interações medicamentosas. São necessários novos agentes antitrombóticos mais eficazes que o ácido acetilsalicílico e mais fáceis de manusear do que a varfarina, com doses mais previsíveis, com menos interações medicamentosas e que não necessitem de uma monitorização minuciosa. Estes fármacos irão melhorar a introdução da ACO a longo prazo na realidade clínica diária.

O ximegalatran, um inibidor directo da trombina, foi apresentado como promissor, por reunir estas características e ter sido provada a sua eficácia na prevenção da doença cerebrovascular em doentes com FA (estudo *Stroke Prevention by Oral Thrombin Inhibitor in Atrial Fibrillation II – SPORTIF II*);¹⁸ contudo, a sua utilização tem sido posta em causa devido à detecção de casos de toxicidade hepática grave.

Vários outros inibidores directos da trombina fo-

ram apresentados nos últimos anos, de que são exemplo a lepirudina e o argatroban. Contudo, uma vez que não podem ser administrados por via oral, o seu uso é diminuto. Estão a ser realizados ensaios clínicos controlados e aleatorizados para testar novos agentes antiplaquetares, avaliando a sua acção na prevenção da doença cerebrovascular em doentes com FA.

Enquanto não surgem novos fármacos é fundamental que doentes e médicos cooperem com o intuito de atingir o máximo controlo dos valores do INR.

Quanto às dificuldades organizacionais do controlo do INR, um estudo recente veio demonstrar que o autocontrolo do INR é tão ou mais eficiente do que o seguimento por uma clínica de coagulação especializada, mesmo em doentes idosos e com um baixo nível de escolaridade.¹⁹ Os dados obtidos foram bastante encorajadores, pois não só os níveis de INR se encontravam no intervalo alvo durante o mesmo período de tempo, mas também as complicações hemorrágicas foram menos frequentes quando o próprio doente controlava o INR em casa com um coagulómetro portátil.¹⁹ No grupo do autocontrolo a redução de hemorragias graves e de tromboembolismo atingiu os 70%. Esta pode ser assim uma solução a ter em conta no seguimento destes doentes, devendo-se, porém, analisar a relação custobenefício desta medida.

Conclusões

6,7% dos doentes internados ao longo de 9 anos num serviço de Medicina Interna apresentavam fibrilhação auricular, estando presente em 17,2% uma história de doença cerebrovascular.

Apesar de ser inequívoco que a anticoagulação oral reduz de uma forma muito significativa o risco de doença cerebrovascular nos doentes com FA, sendo segura e eficaz, mesmo nos idosos, a realidade é que ainda são poucos os doentes que dela beneficiam. No nosso estudo constatámos que apenas 22,2% dos doentes internados com FA com indicação para ACO a longo prazo tiveram alta anticoagulados.

É preciso que os médicos compreendam verdadeiramente o risco de doença cerebrovascular associado à FA e os riscos-benefícios da terapêutica com a varfarina nos diferentes grupos etários.

Apesar da doença cerebrovascular associada à FA ser já actualmente um problema importante de saúde pública, a sua dimensão irá aumentar ainda mais significativamente nos próximos anos devido ao envelhecimento populacional. Estamos perante

uma realidade clínica concreta e difícil, mas tentar maximizar o tratamento destes doentes é um desafio, especialmente importante no nosso país, onde a principal causa de morte é a doença cerebrovascular. ■

Bibliografia

1. Falk RH. Atrial Fibrillation. *N Eng J Med* 2001; 344:1067-1076.
2. Page RL. Newly Diagnosed Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2004; 351:2408-2415.
3. 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; 285:2370-2375.
4. Hart RG. Atrial Fibrillation and Stroke Prevention. *N Engl J Med* 2003; 349:1015-1016.
5. Cannegieter SC, Rosendaal FR, Wintzen AR et al. Optimal Oral anticoagulation Therapy in patients with mechanical heart valves. *N Engl J Med* 1995;333:11-17.
6. Ezekowitz MD, Falk RH. The Increasing Need for Anticoagulant Therapy to Prevent Stroke in Patients with Atrial Fibrillation. *Mayo Clin Proc* 2004; 79:904-013.
7. Peters NS, Schilling RJ, Kanagaratnam P et al. Atrial fibrillation: strategies to control, combat, and cure. *Lancet* 2002; 359:593-600.
8. Hart RG, Pearce LA, Rothbart RM et al. Stroke with intermittent atrial fibrillation: incidence and predictors during aspirin therapy. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:183-187.
9. Yousef ZR, Tandy SC, Tudor V et al. Warfarin for non-rheumatic atrial fibrillation: five year experience in a district general hospital. *Heart* 2004; 90:1259-1262.
10. Hylek EM et al. Effect of Intensity of Oral Anticoagulation on Stroke Severity and Mortality in Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2003; 349:1019-1025.
11. Fuster V, Ryden LE, Asinger RW et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to develop guidelines for the management of patients with Atrial Fibrillation): develop in collaboration with the North American Society of pacing and Electrophysiology. *J Am Coll Card* 2001;38:1231-1266.
12. Stevenson WG, Stevenson LW. Atrial Fibrillation and Heart Failure – Five More Years. *N Engl J Med* 2004; 351: 2437-2439.
13. Fang MC, Chang Y, Hylek EM et al. Advanced Age, Anticoagulation Intensity, and Risk for Intracranial Haemorrhage among Patients Taking Warfarin for Atrial Fibrillation. *Ann Intern Med* 2004; 141:745-751.
14. Cabral NL, Volpato D, Ogata TR et al. Fibrilação Atrial Crônica, AVC e Anticoagulação. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62:1016-1021.
15. Árias EA, Navarro GM, Santos AA. Tratamiento anticoagulante oral en pacientes com fibrilación auricular no valvular. *Aten primaria* 2002; 30:284-289.
16. Fernandez IR, Valle RD, Francisco AG et al. Adecuación de la profilaxis tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en 3 centros de atención primaria. *Aten primaria* 2004; 33:188-192.
17. Friberg J, Scharling H, Gadsbøll N et al. Comparison of the Impact of Atrial Fibrillation on the Risk of Stroke and Cardiovascular Death in Women versus Men (the Copenhagen City Heart Study). *Am J Cardio* 2004; 94:889-894.
18. Olsson SB. Stroke prevention with the oral direct thrombin inhibitor ximegalatran compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation (SPORTIF III): randomised controlled trial. *Lancet* 2003;362:1691-1698.
19. Menéndez-Jándula B, Souto JC e Olivier A et al. Comparing Self-Management of Oral Anticoagulant Therapy with Clinic Management. *Ann Intern Med* 2005;142:1-10.