



ARTIGO RECOMENDADO DO MÊS

Comentário a «Fibrilhação auricular em doentes com enfarte agudo do miocárdio – impacto na utilização de cuidados de saúde»

Comment on “Atrial fibrillation in myocardial infarction patients: Impact on health care utilization”

Atrial fibrillation in myocardial infarction patients: Impact on health care utilization. Alanna M. Chamberlain, Suzette J. Bielinski, Susan A. Weston, Winslow Klaskaia, Roger M. Mills, Bernard J. Gersh, Alvaro Alonso, Véronique L. Roger. *Am Heart J.* 2013;166:753–9.

Abstract

Background: Atrial fibrillation (AF) often complicates myocardial infarction (MI). While AF adversely impacts survival in MI patients, the impact of AF on health care utilization has not been studied.

Methods: The risk of hospitalizations, emergency department (ED) visits, and outpatient visits associated with prior, new-onset (<30 days post-MI), and late-onset (\geq 30 days post-MI) AF was assessed among incident MI patients from the Olmsted County, Minnesota, community.

Results: Of 1,502 MI patients, 237 had prior AF, 163 developed new-onset AF, 113 developed late-onset AF, and 989 had no AF, those with prior and new-onset AF exhibited a 1.6-fold and 1.3-fold increased risk of hospitalization, respectively. In contrast, late-onset AF carried a 2.2-fold increased risk of hospitalization. The hazard ratios were 1.4, 1.2 and 1.8 for ED visits and 1.4, 1.2 and 1.7 for outpatient visits for prior, new-onset, and late-onset AF. Additional adjustment for time-dependent recurrent MI and heart failure attenuated the results slightly for hospitalizations and ED visits, however, patients with late-onset AF still exhibited a > 50% increased risk for both utilization measures.

Conclusions: In MI patients, the risk of hospitalizations, ED visits, and outpatient visits differed by the timing of

AF onset, with the greatest risk conferred by late-onset AF. Atrial fibrillation imparts an adverse prognosis after MI, underscoring the importance of its management in MI patients.

Comentário

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais frequente e em que a prevalência tem aumentado em paralelo com o envelhecimento da população¹. Na população com mais de 75 anos de idade 10-15% apresentam FA persistente ou permanente. Está bem estabelecida a associação entre FA e aumento do risco de morte na população em geral². Também se sabe que a FA está associada com maior mortalidade³ em situações específicas como a insuficiência cardíaca (IC) – para a qual pode ser a causa ou apenas contribuir, a insuficiência renal (IR), o acidente vascular cerebral (AVC) –, em que a FA é responsável por 25% dos AVC isquémicos, a diabetes *mellitus* (DM), a hipertensão arterial (HTA) sistémica e como após cirurgia cardíaca.

É de salientar que este «ESTUDO» está relacionado com uma informação de quase 40 anos, em relação com as comorbilidades de registos médicos antes do enfarte agudo do miocárdio (EAM), e que é representativo do mundo real de doentes com EAM e menos afetado por bias de seleção de doentes.

No «ESTUDO» foram excluídos 103 doentes com EAM⁴ e que morreram no hospital. Este número ainda é significativo e destes doentes não dispomos de nenhuns dados referentes a que doentes tinham FA prévia, dados referentes à causa da morte e a que doentes tiveram AVC.

É de notar que o grupo sem FA era o mais jovem – 989 doentes 63,5 (14,8), o grupo com menos HTA, menor Killip, melhor função renal, maior número de casos de EAM com supra de ST (em relação aos dos grupos com FA prévia e com FA tardia), maior número de casos de reperfusão/revascularização, maior número de doentes com estatinas, aspirina e β -bloqueantes.

É de referir que os EAM⁵ com FA tardia (n-113) tiveram reperfusão/revascularização em 56 (49,6) e portanto em menor número que os EAM sem FA, mas em maior número que os outros dois grupos – com FA prévia 78 (32,9) e com FA precoce 73 (44,8). O grupo de doentes com EAM e FA tardia foi o grupo mais medicado com IECA/ARAI, o que pode traduzir maior dilatação do ventrículo esquerdo e pior função sistólica.

Temos que ter presente que não dispomos de dados ecocardiográficos com a função sistólica, com os casos de insuficiência mitral ou tricúspide nem com as dimensões das cavidades cardíacas. Não temos dados sobre os doentes que fizeram PTCA primária⁶, trombólise ou cirurgia cardíaca. Não dispomos dos elementos sobre os doentes com *stent*⁷, dos doentes com dupla antiagregação plaquetária e com anticoagulação oral.

Sabendo-se que a frequência cardíaca (FC) elevada está relacionada com maior mortalidade, não dispomos de dados sobre a FC. O AVC⁸ ou acidente isquémico transitório (AIT) são fatores de alto risco na FA, a fração de ejeção menor que 35% é um fator de risco moderado na FA e estes dados não foram contabilizados.

Assim, consideramos que existem múltiplas variáveis que podem condicionar os resultados do «ESTUDO» e não podemos garantir que FA tardia não seja sobretudo um marcador de prognóstico.

Conflito de interesses

O autor declara não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Wong CX, Brooks AG, Leong DP, et al. The increasing burden of atrial fibrillation compared with heart failure and myocardial

- infarction: A 15-year study of hospitalizations in Australia. *Arch Intern Med.* 2012;172:739–41.
2. Michael O’Riordan. Heartwire 2013 Medscape, LLC. WHO Data Confirm the Worldwide “Epidemic” of AF. 2013.
3. Lubitz SA, Magnani JW, Ellinor PT, et al. Atrial fibrillation and death after myocardial infarction- risk marker or causal mediator? *Circulation.* 2011;123:2063–5.
4. Brookes L, Alpert JS. The third MI definition: An expert interview with Joseph Alpert. *Medscape com.* 2012;26.
5. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al., The Writing Group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2012;33:2551–67.
6. West NEJ. The year in cardiology 2012: Acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2013;34:422–6.
7. Aguiar C. Inibição plaquetária nas síndromes coronárias agudas: uma intervenção complexa que deve ser otimizada. *Rev Port Cardiol.* 2012;31:275–7.
8. Barra S, Providência R, Lourenço Gomes P, et al. Predição de risco de evento cerebrovascular após um enfarte agudo do miocárdio. *Rev Port Cardiol.* 2011;7-8:655–63.

António Jorge Jara

Membro do Corpo Redatorial da Revista Portuguesa de Cardiologia

Correio eletrónico: ajpaiva1917@gmail.com