



RECOMMENDED ARTICLE OF THE MONTH

Comment on “Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: A Systematic Review”

Comentário a «A prevenção do AVC em fibrilhação auricular—uma revisão sistemática»

Lip GYH, Lane DA. JAMA. 2015;313(19):1950-1962

Abstract

Importance: Atrial fibrillation (AF) is associated with an increase in mortality and morbidity, with a substantial increase in stroke and systemic thromboembolism. Strokes related to AF are associated with higher mortality, greater disability, longer hospital stays, and lower chance of being discharged home than strokes unrelated to AF.

Objective: To provide an overview of current concepts and recent developments in stroke prevention in AF, with suggestions for practical management.

Evidence Review: A comprehensive structured literature search was performed using MEDLINE for studies published through March 11, 2015, that reported on AF and stroke, bleeding risk factors, and stroke prevention.

Findings: The risk of stroke in AF is reduced by anticoagulant therapy. Thromboprophylaxis can be obtained with vitamin K antagonists (VKA, eg, warfarin) or a non-VKA oral anticoagulant (NOAC). Major guidelines emphasize the important role of oral anticoagulation (OAC) for effective stroke prevention in AF. Initially, clinicians should identify low-risk AF patients who do not require antithrombotic therapy (ie, CHA2DS2-VASc score, 0 for men; 1 for women). Subsequently, patients with at least 1 stroke risk factor (except when the only risk is being a woman) should be offered OAC. A patient's individual risk of bleeding from antithrombotic therapy should be assessed, and modifiable risk factors for bleeding should be addressed (blood pressure control, discontinuing unnecessary medications such as aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs). The international normalized ratio should be tightly controlled for patients receiving VKAs.

Conclusions and relevance: Stroke prevention is central to the management of AF, irrespective of a rate or rhythm control strategy. Following the initial focus on identifying low-risk patients, all others with 1 or more stroke risk factors should be offered OAC.

Comment

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca supraventricular mantida mais frequente na prática clínica e que se caracteriza por uma carga crescente de cuidados de saúde em Portugal e no mundo^{1,2}. A prevalência da FA na população portuguesa com idade igual ou superior a 40 anos, no estudo FAMA, foi estimada em 2,5%, em ambos os sexos³. Com base neste valor e na população residente, segundo a estimativa do INE no final de 2013, haverá cerca de 142 600 doentes com FA na população portuguesa com 40 anos ou mais de idade⁴. Porém, este número é com certeza inferior ao número total de doentes com FA permanente e/ou recorrente (paroxística ou persistente) na medida em que a maioria dos casos com FA recorrente não foram identificados no estudo FAMA, mas têm um risco potencial de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico semelhante aos doentes com FA permanente. Por outro lado, as tendências definidas numa coorte de 9511 participantes com seguimento de 50 anos (estudo de Framingham) foram de aumento da incidência e prevalência da FA, provavelmente e em parte por aumento da vigilância, mas associadas a um efeito acrescido da obesidade e diabetes⁵.

Os doentes que têm FA estão em mais risco de morte, insuficiência cardíaca, AVC e outros eventos de tromboembolismo sistémico⁶. A frequência de AVC embólico na FA anualmente varia entre 1-20%, dependente das comorbilidades e da história de eventos cerebrovasculares prévios, mas de acordo com a *American Heart Association* cerca de 15% dos AVC ocorrem em doentes com FA⁷.

A prevenção do AVC faz-se controlando diversos fatores de risco modificáveis e a FA é um dos fatores *major*. Pelas considerações feitas é muito importante detetar a FA. A sua deteção pode ser melhorada pela avaliação do pulso, um método fácil e imediato para suspeitar da presença de FA nos cuidados primários de saúde. Não se pode confiar na avaliação dos sinais vitais dos doentes baseada apenas na medição automatizada da pressão arterial e da frequência cardíaca quando pedida a um elemento da equipa de enfermagem que não esteja trei-

nado para detetar batimentos irregulares, colocando dois dedos no pulso durante aproximadamente um minuto. É um procedimento recomendado e que obvia a necessidade de fazer rastreios sistemáticos na população. Acresce que nos últimos anos têm sido desenvolvidos estudos na área da estimativa e estratificação do risco e da otimização da terapêutica preventiva para fenómenos tromboembólicos, uma pedra angular na gestão do risco da FA, em que se baseiam as sucessivas *guidelines* para o seu tratamento⁸⁻¹⁰. Detetada a FA, é fundamental identificar os doentes de baixo risco que não precisam de fazer anticoagulação oral (ACO) e, deste modo, os outros, isto é, os que a devem fazer de acordo com as recomendações. O artigo referenciado enquadra-se nesta abordagem. Trata-se de uma revisão de conceitos e da evidência da prevenção do AVC em doentes com FA não valvular. Corresponde a uma pesquisa recente na MEDLINE de estudos sobre FA em que foram analisados artigos de investigação originais e revisões sistemáticas, ensaios clínicos e estudos observacionais de coorte. A revisão incidiu sobre fatores de risco do AVC, estratificação do risco (CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc, outros *scores* de risco), risco hemorrágico (HAS-BLED *score*), benefício clínico dos anticoagulantes orais (varfarina, dabigatran, rivaroxaban, apixaban e edoxaban), um resumo de recomendações para o tratamento da FA (ESC, ACCP, AHA/ACC/HRS, NICE, CCS) e considerações no contexto de condições clínicas específicas (insuficiência renal crónica, síndromes coronárias agudas e intervenções coronárias percutâneas, *bridging*, oclusão do apêndice auricular esquerdo, cardioversão).

Este trabalho tem a vantagem de abordar os avanços recentes na área da prevenção do AVC na FA e as *guidelines* de sociedades científicas/associações/entidades europeias e norte-americanas sobre o controlo da FA na prática clínica. A abordagem preconizada torna a decisão clínica mais simples e prática, sem necessidade de investigações complexas.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

1. Gouveia M, Costa J, Alarcão J, et al. Carga e custo da fibrilhação auricular em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2015;34:1–11.
2. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation*. 2014;129:837–47.
3. Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, et al. Prevalência de fibrilhação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. Estudo FAMA. *Rev Port Cardiol*. 2010;29:331–50.
4. INE-PORDATA. População residente, estimativas a 31 de Dezembro 2013: total e por grupo etário – Portugal.
5. Schnabel RB, Yin X, Gona P, Larson MG et al., 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. Disponível em: www.thelancet.com [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61774-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61774-8)
6. Benjamin EJ, Wolf PA, D’Agostino BB, et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1998;98:946–52.
7. Ezekowitz MD, James KE, Nazarian SM, et al. Silent cerebral infarction in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. The Veterans Affairs Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Investigators. *Circulation*. 1995;92(8):2178.
8. Camm AJ, Lip GY, de Caterina R, et al. ESC Committee for Practice Guidelines-CPG; 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Europace*. 2012;14(10):1385–413.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG180>. Published June 2014. Accessed June 18, 2014.
10. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2014 AHA/ACC/HRS guideline 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 Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(21):e1–76.

Evangelista Rocha

Membro do Corpo Redatorial da Revista Portuguesa de Cardiologia

E-mail: evangelistarocha@hotmail.com