

FIBRILHAÇÃO AURICULAR: INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E PERCENTAGEM DE HIPOCOAGULADOS NUMA CONSULTA HOSPITALAR DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO INTERIOR

Maria Margarida de Carvalho Vilarinho¹,
Manuel de Carvalho Rodrigues²

¹Faculdade de Ciências da Saúde-Universidade da Beira Interior; ^{1,2}Faculdade de Ciências da Saúde-Universidade da Beira Interior, Hospital Pêro da Covilhã - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Resumo

Introdução: A fibrilhação auricular é a arritmia mais frequente na prática clínica, acarretando um aumento da morbidade e mortalidade global do indivíduo. Este estudo pretende averiguar a prevalência, incidência, percentagem de anticoagulados e a relação entre esta arritmia e outros fatores.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e observacional numa amostra de utentes que frequentaram consultas de Cardiologia e de Hipertensão Arterial do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira durante seis meses em 2019, a través da consulta de processos clínicos no SClínico, a partir do qual foram recolhidos dados como o género, idade, medicação anticoagulante, presença ou não de fibrilhação auricular, hipertensão, síndrome de apneia obstrutiva do sono, hábitos tabágicos, índice de massa corporal e eventos de acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório e/ou enfarte agudo do miocárdio. A análise estatística foi realizada no SPSS®.

Resultados: Numa amostra de 391 utentes, apurou-se uma prevalência de fibrilhação auricular de 16,9% e uma incidência de 5,23% em 6 meses. Dos utentes com fibrilhação auricular, 68,2% está sob anticoagulação, sendo o Rivaroxabano o mais usado: 28,9% de todos os anticoagulantes. Metade dos utentes com esta arritmia são do sexo masculino, 39,4% têm entre 70 a 79 anos, 87,9% têm hipertensão arterial, 25,8% têm obesidade, 10,6% têm síndrome de apneia obstrutiva do sono, 6,1% são fumadores, 4,5% tiveram um acidente vascular cerebral, 4,5% um acidente isquémico transitório e 16,7% um enfarte agudo do miocárdio. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre fibrilhação auricular e as outras variáveis, exceto a idade e a anticoagulação.

Conclusão: A prevalência de fibrilhação auricular obtida neste estudo é elevada, o que chama à atenção para a necessidade de um diagnóstico precoce pela morbidade e mortalidade que esta arritmia acarreta e para a importância da prevenção desta mesma, uma vez que muitos dos fatores de risco podem ser controlados e tratados, reforçando o papel dos Cuidados de Saúde Primários nestes.

Abstract

Introduction: Atrial fibrillation is the most frequent arrhythmia in clinical practice, leading to an increase in the individual's morbidity and overall mortality. This study aims to investigate the prevalence, incidence, percentage of individuals anticoagulated and the relationship between this arrhythmia and other factors.

Methods: Retrospective, descriptive and observational study in a sample of patients who attended Cardiology and Hypertension appointments in Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira for six months in 2019, through the consultation of clinical processes at SClínico, from which data was collected such as gender, age, anticoagulant medication, presence or absence of atrial fibrillation, hypertension, obstructive sleep apnea, smoking habits, body mass index and events of stroke, transient ischemic attack and/or acute myocardial infarction. Statistical analysis was performed by using SPSS®.

Results: In a sample of 391 people, there was a prevalence of 16,9% of atrial fibrillation and an incidence of 5,23 per 100 patients in 6 months. Of the patients with atrial fibrillation, 68,2% are anticoagulated, being Rivaroxaban the one that is the most used of all anticoagulants: 28,9%. Half of the patients with atrial fibrillation are males, 39,4% are between 70 and 79 years old, 87,9% have hypertension, 25,8% have obstructive sleep apnea, 6,1% are smokers, 4,5% had a stroke, 4,5% had a transient ischemic attack and 16,7% had an acute myocardial infarction. There was no relationship found between atrial fibrillation and the other variables, except for age and anticoagulation.

Conclusion: The prevalence of atrial fibrillation obtained in this study is high, which entails that an early diagnosis is needed due to the morbidity and mortality that this arrhythmia causes and that it is crucial to prevent the risk factors that lead to atrial fibrillation, reinforcing the role of Primary Health Care in them.

Palavras-Chave:

Fibrilhação auricular;
Incidência; Prevalência;
Anticoagulação

Keywords:

Atrial Fibrillation;
Incidence; Prevalence;
Anticoagulation



Lista de Acrónimos

FA Fibrilhação Auricular
HTA Hipertensão Arterial
DM Diabetes *Mellitus*
EAM Enfarte Agudo de Miocárdio
DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
SAOS Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
AVC Acidente Vascular Cerebral
ECG Eletrocardiograma
CHUCB Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
SPSS *Statistical Package for Social Sciences*
IMC Índice Massa Corporal
AIT Acidente Isquémico Transitório
ACO Anticoagulantes Orais
FLA Flutter Auricular
INR Razão Normalizada Internacional

1. Introdução

A fibrilhação auricular (FA) trata-se da arritmia mais frequente na prática clínica (1,3,6,8-10,12). É uma taquicardia supraventricular que se caracteriza pela perda da contração auricular e por uma atividade elétrica acelerada e irregular com uma resposta ventricular variável que é determinada pela condução nodal auriculoventricular (2,7,8). Esta arritmia pode ser assintomática ou estar associada a sintomas como palpitações, intolerância ao exercício, tonturas ou síncope (2,7,8).

Segundo as ESC Guidelines de FA, estima-se que a nível mundial, cerca de 20.9 milhões de indivíduos do sexo masculino e 12.6 milhões do sexo feminino têm esta arritmia e a incidência varia de entre 0,1/1000 pessoas-ano a 69/1000 pessoas-ano (2,9). A nível nacional, a prevalência de FA, segundo o estudo FAMA, corresponde a 2,5% (1).

Na fisiopatologia da FA, fatores externos como doença estrutural cardíaca, hipertensão (HTA), diabetes *mellitus* (DM) e a própria FA, levam a alterações estruturais patológicas na aurícula como fibrose, hipocontratibilidade, inflamação e isquemia que resultam num distúrbio da condução cardíaca e num aumento da perpetuação desta arritmia. A FA apresenta também um componente hereditário, onde as principais mutações se encontram no gene localizado no cromossoma 4q25, associando-se a um aumento do risco de FA em sete vezes (2,7,8).

Segundo guidelines internacionais, existem também condições concomitantes que aumentam o risco de

desenvolver FA: insuficiência cardíaca, idade avançada, especialmente entre os 80 e 89 anos, HTA, insuficiência cardíaca, enfarte agudo de miocárdio (EAM), doença valvular cardíaca, disfunções tiroideias, obesidade, DM, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS), insuficiência renal crónica, hábitos tabágicos presentes, consumo de álcool excessivo e prática de exercício em excesso (1,2,5,6,7).

É uma importante causa de morbilidade, especialmente porque acarreta um risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC), demência, insuficiência cardíaca e morte súbita (1,2,5,6,10,12). Para além do referido, esta patologia contribui também para um aumento de cerca de duas vezes do risco de mortalidade global no sexo feminino e de 1,5 vezes no sexo masculino (1,2,3,5,7,12).

2. Materiais e Métodos

O presente estudo é retrospectivo, descritivo e observacional, baseado numa amostra de utentes que frequentaram durante os meses de maio de 2019 a outubro de 2019, tanto as consultas de Cardiologia como as consultas de Hipertensão Arterial no CHUCB, ambas realizadas pelo Dr. Carvalho Rodrigues. A recolha de dados baseou-se no método de consulta de processos clínicos de 400 doentes, através do SClínico do CHUCB. No entanto, 9 utentes foram excluídos por falta de informação nos respetivos processos clínicos, obtendo-se então, um total de 391 utentes para integrar o estudo, sendo incluídos independentemente do género, patologias ou comorbilidades. Foram ainda incluídos no total de utentes com FA, aqueles com diagnóstico de Flutter Auricular.

Para cada indivíduo foram recolhidos os seguintes dados do processo clínico: género, idade, índice de massa corporal (IMC), presença ou ausência de fibrilhação auricular (FA), de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), de hipertensão arterial (HTA), de acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente isquémico transitório (AIT), de enfarte agudo do miocárdio (EAM), realização ou não de terapêutica anticoagulante e hábitos tabágicos.

Para a análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics® (versão 25), incluindo-se uma estatística descritiva das diferentes variáveis e o cruzamento de dados entre a variável FA e as restantes variáveis apresentadas

no estudo com recurso ao teste de Qui-Quadrado ou teste de Fisher.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra total

Dos 391 utentes, 205 (52,4%) correspondem ao sexo masculino e 186 (47,6%) correspondem ao sexo feminino e as idades estão compreendidas entre os 18 e os 96, com uma média de $64,92 \pm 14,31$ anos. Segundo a distribuição por faixas etárias, a maior distribuição dos utentes encontra-se entre os 70 a 79 anos que corresponde a 28,1% (n=110).

Relativamente às variáveis anticoagulação e hipertensão arterial, a maior parte dos utentes da consulta estão sob anticoagulação oral e têm hipertensão arterial, 81,8%

(n=320) e 88,2% (n=345) respetivamente. Apenas 1,8% (n=7) dos utentes tem sobrepeso, 27,9% (n=109) tem obesidade, mas 70,3% (n=275) não tem nem sobrepeso nem obesidade. Em relação à síndrome de apneia obstrutiva do sono, a grande maioria não tem esta patologia (86,2%; n=337), 10,7% apresentam hábitos tabágicos ativos, 10,2% (n=40) têm hábitos tabágicos passados. Em relação aos AVCs e AITs, da amostra total 7,2% (n=28) sofreram um AVC e 2% (n=8) um AIT. No total da amostra, 83,1% (n=325) não tem FA e 16,9% (n=66) tem esta patologia, o que corresponde a uma prevalência de 16,9% da amostra total dos 391 utentes (Tabela 6/Gráfico 8). Dos 66 utentes com FA, 17 foram novos casos diagnosticados, o que corresponde a uma incidência de 5,23% em 6 meses.

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo e faixas etárias

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo	Masculino	205	52,4%
	Feminino	186	47,6%
Faixa etária	≥ 90 anos	2	0,5%
	80-89 anos	55	14,1%
	70-79 anos	110	28,1%
	60-69 anos	100	25,6%
	50-59 anos	64	16,4%
	≤49 anos	60	15,3%

Tabela 2: Estatística descritiva da idade (anos) na amostra total

Estatística descritiva (anos)	Amostra total
Mínimo	18
Máximo	96
Média	64,92
Desvio-padrão	14,31
Mediana	68

**Tabela 3:** Distribuição da amostra anticoagulação e HTA na amostra total

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
Anticoagulação	Não	320	81,8%
	Sim	71	18,2%
HTA	Não	46	11,8%
	Sim	345	88,2%
IMC	Peso normal	275	70,3%
	Sobrepeso	7	1,8%
	Obesidade	109	27,9%
SAOS	Não	337	86,2%
	Sim	54	13,8%
Hábitos tabágicos	Não Fumador	309	79,0%
	Ex-fumador	40	10,2%
	Fumador	42	10,7%
AVC/AIT	AVC	28	7,2%
	AIT	8	2,0%
	Sem AVC e sem AIT	355	90,8%
EAM	Sim	71	18,2%
	Não	320	81,8%

Tabela 4: Distribuição da amostra por FA na amostra total

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
FA	Não	325	83,1%
	Sim	66	16,9%

3.2. Caracterização da amostra dos utentes com FA

Quanto aos dados referentes somente aos utentes com FA (n=66), 50% (n=33) são do sexo feminino e a outra metade (n=33) são do sexo masculino. A maioria dos pacientes encontra-se entre a faixa etária dos 70 aos 79 anos (n=26; 39,4%) e uma minoria dos utentes com FA tem mais de 90 anos (n=1; 1,5%). Dos 66 utentes com esta patologia, 68,2% (n=45) estão sob terapia de anticoagulação oral, 87,9% (n=58) têm HTA, 72,7% (n=48) não tem excesso de peso, mas 25,8% (n=17) tem obesidade e 1,5% (n=1) tem sobrepeso. No que concerne ao SAOS, apenas 10,6% (n=7) dos utentes com FA têm

esta patologia, 6,1% (n=4) são fumadores e 6,1% (n=4) têm hábitos tabágicos passados, 4,5% teve um AVC, 4,5% um AIT e 16,7% um EAM.

Da amostra dos utentes com FA e que estão sob anticoagulação oral (n=45), 28,9% (n=13) tomam Rivaroxabano como anticoagulante para esta patologia e apenas 6,7% (n=3) usam Edoxabano. No total, 73,4% (n= 33) estão a tomar os “novos” ACO, que corresponde à soma das frequências relativas e absolutas de Rivaroxabano, Dabigatrano, Edoxabano e Apixabano (Tabela 11) e 26,7% (n=12) estão a usar Varfarina, um ACO “clássico”.

Tabela 5: Frequências absolutas e relativas dos dados dos utentes com FA

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
Género	Masculino	33	50,0%
	Feminino	33	50,0%
Faixas etárias	≥ 90 anos	1	1,5%
	80-89 anos	20	30,3%
	70-79 anos	26	39,4%
	60-69 anos	13	19,7%
	50-59 anos	3	4,5%
	≤49 anos	3	4,5%
Anticoagulação	Não	21	31,8%
	Sim	45	68,2%
HTA	Não	8	12,1%
	Sim	58	87,9%
IMC	Sem excesso de peso	48	72,7%
	Sobrepeso	1	1,5%
	Obesidade	17	25,8%
SAOS	Não	59	89,4%
	Sim	7	10,6%
Hábitos tabágicos	Não fumador	58	87,9%
	Ex-fumador	4	6,1%
	Fumador	4	6,1%
AVC/AIT	AVC	3	4,5%
	AIT	3	4,5%
	Nenhum	60	90,9%
EAM	EAM Sim	11	16,7%
	EAM Não	55	83,3%

3.3. Correlação entre variáveis

Da amostra total das variáveis FA e Género, conclui-se que a mesma percentagem de utentes com FA são tanto

do sexo masculino como do sexo feminino: 8,4% do total dos doentes estudados na consulta. Existe uma curva de distribuição similar em relação à idade, tanto para

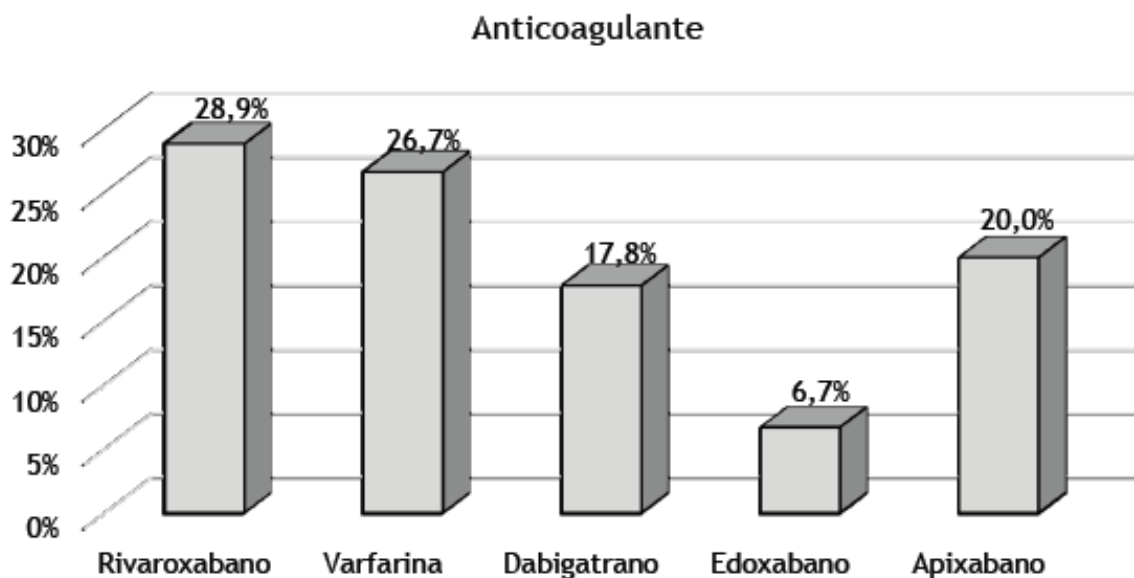


Gráfico 1: Gráfico de barras da frequência relativa da medicação anticoagulante usada nos utentes com FA e que estão anticoagulados

utentes com FA como para os utentes que não têm esta patologia. No entanto, a maior percentagem de doentes com FA encontra-se entre 70 a 79 anos (6,6%; n=26) enquanto que nos utentes sem esta patologia, encontra-se entre os 60 a 69 anos.

No que diz respeito à relação entre a variável FA e anticoagulação, há uma maior percentagem que estão anticoagulados (11,5%; n=45) do que não anticoagulados (5,4%; n=21) e o inverso ocorre nos doentes sem FA.

Ao analisar a relação entre as variáveis FA e HTA existe uma maior proporção que têm HTA tanto naqueles que têm FA (14,8%; n=58) como os que não têm esta patologia (73,4%; n=287).

Em relação à FA com a variável IMC, observa-se que maioria dos utentes com e sem FA não têm excesso de peso (12,3% e 58,1%, respetivamente).

Salienta-se que na relação entre as variáveis FA e SAOS, a maior proporção de doentes com FA (15,1%; n=59) e sem FA (71,1%; n=278), não tem SAOS.

Ao relacionar a variável FA com a variável hábitos tabágicos, observa-se que maioria dos utentes com e sem FA não têm hábitos tabágicos presentes ou passados (14,8 e 64,2%, respetivamente).

Na relação da variável FA com a variável AVC/AIT, apura-se que a maior parte dos utentes com FA (15,3%; n=60) e sem FA (75,4%; n=295), não sofreram nem AVC nem AIT. No que concerne à relação entre EAM e FA, destaca-se que 2,8% (n=11) dos utentes com FA tiveram um enfarte e dos pacientes sem FA, 15,3% (n=60) sofreram um enfarte.

Ao correlacionar as variáveis Faixa Etária e Anticoagulação com a variável FA através do teste de Qui-Quadrado, verifica-se um *p-value* menor que 0,05 pelo que se rejeita a hipótese nula, confirmando que existe uma relação estatisticamente significativa entre FA e Faixa etária e FA e Anticoagulação e que estas não são independentes. O mesmo não ocorreu ao relacionar a variável FA com género, HTA, IMC, SAOS, hábitos tabágicos, AVC/AIT e EAM ($p > 0,05$).

4. Discussão

Este estudo, analisou um total de 391 utentes, obtendo-se uma prevalência de FA de 16,9% do total da amostra. Cabe destacar que esta prevalência é muito superior quando comparado com estudos nacionais e internacionais (1,3,4,10,12,13).

Tabela 6: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Género, Faixa etária, Anticoagulação, HTA, IMC, SAOS, Hábitos tabágicos, AVC/AIT, EAM e valor correspondente de *p-value* do teste Qui-Quadrado ou teste de Fisher

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA		<i>p-value</i>
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	
Género	Masculino	33	8,4%	153	39,1%	0,687
	Feminino	33	8,4%	172	44,0%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
Faixa etária	≥ 90 anos	1	0,3%	1	0,3%	<0,05
	80-89 anos	20	5,1%	35	9,0%	
	70-79 anos	26	6,6%	84	21,5%	
	60-69 anos	13	3,3%	87	22,3%	
	50-59 anos	3	0,8%	61	15,6%	
	≤49 anos	3	0,8%	57	14,6%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
Anticoagulação	Não	21	5,4%	299	76,5%	<0,05
	Sim	45	11,5%	26	6,6%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
HTA	Não	8	2,0%	38	9,7%	1,000
	Sim	58	14,8%	287	73,4%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
IMC	Sem excesso de peso	48	12,3%	227	58,1%	0,907
	Sobrepeso	1	0,3%	6	1,5%	
	Obesidade	17	4,3%	92	23,5%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
SAOS	Não	59	15,1%	278	71,1%	0,444
	Sim	7	1,8%	47	12,0%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
Hábitos tabágicos	Não Fumador	58	14,8%	251	64,2%	0,154
	Ex-fumador	4	1,0%	36	9,2%	
	Fumador	4	1,0%	38	9,7%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
AVC/AIT	AVC	3	0,8%	25	6,4%	0,173
	AIT	3	0,8%	5	1,3%	
	Nenhum	60	15,3%	295	75,4%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	
EAM	Não	55	14,1%	265	67,8%	0,861
	Sim	11	2,8%	60	15,3%	
Total		66	16,9%	325	83,1%	



A nível nacional, o estudo FAMA (1) foi o primeiro de grandes dimensões a ser realizado em Portugal sobre a prevalência de FA; neste foram incluídos tal como nesta investigação, os utentes com FA e flutter auricular (FLA), obtendo-se uma prevalência de 2,5%. Tanto Gomes et al. (10) como Ascensão et al. (13) basearam-se, como neste estudo, numa revisão de processos clínicos, reportando uma prevalência de apenas 1,29% e 0,5% respetivamente. Não obstante, no estudo de Primo et al. (12) onde se incluíram tanto os utentes com FA persistente, paroxística e FLA, a prevalência de FA foi mais cercana à realidade do presente estudo: 12,4%. A nível europeu, a prevalência obtida em relação a esta investigação, também difere consideravelmente: o estudo holandês de Rotterdam (4) apresentou uma prevalência de 8,3%, enquanto o estudo espanhol Cea-Calvo et al. (3) reportou uma prevalência semelhante ao anterior de 8,5%.

No que concerne à incidência de FA, apurou-se que nesta investigação é de 5,23% em 6 meses. De facto, são escassos os estudos realizados acerca da incidência de FA a nível nacional e internacional, no entanto, a incidência obtida difere da relatada pelo estudo de Rotterdam (4) com 9,9 por 1000 pessoas-ano, pelo estudo The Framingham Heart Study (5) que varia entre 3,8 a 6,2 por 1000 pessoas-ano na faixa etária dos 55 a 64 anos e 62,8 a 75,9 casos por 1000 pessoas-ano na faixa etária dos 85 a 94 anos e pelo estudo Lane et al. (14) com uma variabilidade da incidência entre 1,11 e 1,33 por 1000 pessoas-ano.

Esta discrepância existente tanto na prevalência como na incidência entre os diversos estudos pode dever-se ao simples facto de que cada investigação tem metodologias distintas com critérios de inclusão e exclusão diferentes, sobretudo a idade, resultando numa não homogeneidade entre estes.

Quanto à percentagem apurada de utentes com FA anticoagulados, esta é de 68,2%. Cea-Calvo et al. (3) aproximam-se à percentagem obtida neste estudo: 60,1%, tal como o estudo FATA (10) com 56,8% dos utentes com FA sob terapêutica com ACO. Não obstante, são vários os vários os estudos que verificam que pouco utentes estão hipocoagulados (1,6,11,12). É disso exemplo o estudo de Primo et al. (12) que afirma que apenas 29,9% dos utentes com FA, 12,8% dos utentes com FA paroxística

e 26,1% dos doentes com FLA estavam anticoagulados. Da mesma maneira, no estudo FAMA (1) somente 37,8% dos utentes com FA estavam hipocoagulados.

Apesar da dissemelhança entre estes, há que ter em consideração que são vários os utentes que muitas vezes recusam a terapêutica com anticoagulantes orais, apesar de explicados os riscos de tal ação e também devemos ter em conta o risco tromboembólico e hemorrágico do utente quando prescrevemos anticoagulantes orais, razões as quais podem fazer com que a percentagem de anticoagulados varie tanto entre os diferentes estudos.

No presente estudo, do total de utentes com FA sob anticoagulação, 26,7% estão sob Varfarina e 73,4% estão sob novos ACO, sendo o Rivaroxabano o mais usado (28,9%). Ao comparar com o estudo Safira (11), os resultados obtidos não são concordantes, uma vez que neste estudo apurou-se que 65,7% estavam sob terapêutica anticoagulante com antagonistas da Vitamina K e 34,3% sob os novos anticoagulantes. No entanto, esta escolha entre novos anticoagulantes e antagonistas de Vitamina K como a Varfarina deve ser individualizado e adaptado a cada utente (15).

Do total de utentes com FA, 50% são do sexo feminino e 50% são do sexo masculino e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre FA e o género ($p=0,687$). Novamente, existe disparidade entre os resultados de diferentes estudos. De entre os que concordam com os resultados obtidos (1,11,16), o estudo FAMA (1), tal como esta investigação, não encontrou uma relação estatisticamente significativa ($p=0,945$). Pelo contrário, são vários os estudos que afirmam que existe uma relação entre FA e o género (3,5,6,12), nomeadamente em PREV-ICTUS (3) afirma-se que esta relação ($p=0,036$) é ligeiramente superior nos homens e o mesmo é reportado no estudo FATA (5) ($p<0,01$).

Como expectável, neste estudo, apurou-se que FA está associada à idade ($p<0,05$). Seria de esperar um número crescente de utentes com FA desde a faixa etária ≤ 49 anos até à faixa etária ≥ 90 anos; não obstante, a partir dos 80 anos, a percentagem de utentes com FA decresce. Tal pode ser explicado devido ao facto de haver menos utentes na amostra total a partir dos 80 anos. Esta correlação estatisticamente significativa entre FA e a idade é concordante em vários estudos (1,2,4,-6,9,10,12) podendo afirmar-se que esta arritmia é mais

predominante em populações mais idosas (1,2,6). Dos utentes com FA, 87,9% tem HTA diagnosticada, valores que vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo FAMA (1) em que 71% dos doentes com FA tem esta patologia, no estudo FATA (10) com 76,4% e incluso no estudo espanhol PREV-ICTUS (3) com 92,1%. No entanto, contrariando o previsto e diversos estudos (1-3,5,6,10) não foi possível estabelecer uma relação significativamente estatística entre FA e HTA ($p=1,000$). Em relação ao IMC, da amostra dos utentes com FA, 1,5% tem sobrepeso e 25,8% tem obesidade, ou seja 27,3% dos utentes com FA tem excesso de peso. Quando comparando resultados obtidos de outros estudos, alguns apuram que a FA está relacionada com o excesso de peso (1,2,16), no entanto, tal como em PREV-ICTUS (3), The Framingham Heart Study (5) e Primo et al. (12), neste estudo não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa ($p=0,907$).

A FA está relacionada com a síndrome de apneia obstrutiva devido a múltiplos fatores característicos da SAOS como hipoxia, hipercapnia e inflamação. Esta patologia respiratória, provoca alterações da pressão intratorácica que ativa o nervo vago e por sua vez pode provocar uma diminuição do potencial de ação auricular (2,18,19). Esta relação é ainda reforçada pelo facto de que recentemente num estudo foi demonstrado que os utentes com SAOS tratados com CPAP tiveram uma redução de 42% do risco de FA (20,21). No entanto, não foi possível encontrar uma relação entre FA e SAOS nesta investigação ($p=0,444$).

Segundo o Retrato da Saúde de 2018 (17), cerca de 20% dos portugueses são fumadores e 22% são ex-fumadores, mas apenas 6,1% dos utentes com FA fumam e 6,1% são exfumadores neste estudo. Em diversos estudos (1,3) foi encontrada uma correlação positiva entre FA e os hábitos tabágicos apesar do mesmo não se apurar no presente estudo ($p=0,154$).

Como expectável, no estudo FAMA (1), tal como em outras investigações (3,5,12) foi encontrada uma relação entre FA e EAM ($p<0,001$) tal como AVC ($p<0,001$). Não obstante, contrariando as perspetivas, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa nesta investigação, entre FA e EAM ($p=0,861$) e AVC ($p=0,173$). Como referido anteriormente, a discrepância entre os resultados de diferentes estudos e a não uniforme

associação de variáveis entre estudos, pode ser explicada devido à diferente metodologia, especialmente na escolha da amostra a integrar o estudo. Para além disto, o facto de não se encontrar uma correlação estatisticamente significativa entre FA e género, IMC, SAOS, hábitos tabágicos, EAM e AVC no presente estudo, pode ser devido ao facto de que a amostra que o compõe, tem um número significativamente reduzido de utentes com FA e deste modo pode induzir falsas não correlações entre estas variáveis.

5. Conclusão

Em conclusão, a prevalência de FA nesta amostra é de 16,9%, a incidência é de 5,23% em 6 meses e a percentagem de utentes com FA anticoagulados é de 68,2%. Mostrou-se também uma associação com a idade. Sendo a FA uma arritmia tão prevalente a nível da população e por ter importância para a saúde pública pelo elevado impacto na mortalidade e morbidade do indivíduo que a acarreta, é importante e necessário otimizar estratégias para controlar os seus fatores de risco através de uma abordagem multidisciplinar, usando medidas tanto farmacológicas como não farmacológicas. Desta forma, controlar estes fatores de risco, implica também uma diminuição do risco cardiovascular.

Com o envelhecer da população, será expectável que o número de utentes com FA aumente, pelo que é absolutamente fundamental o papel dos Cuidados de Saúde Primários no diagnóstico precoce e seria também vantajoso a realização de rastreios para minimizar o número de utentes não diagnosticados, de forma a assim diminuir a mortalidade, a morbidade e a carga sanitária que a FA pode supor.

5.1. Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitação o subdiagnóstico da FA, uma vez que muitos utentes que frequentaram as consultas de Cardiologia e de HTA durante o período recolhido, podem ter FA paroxística o que leva a uma dificuldade no diagnóstico desta patologia e uma consequente subestimação dos valores reais da sua prevalência e incidência.

Outra limitação, é o facto de que a amostra não é representativa da população, uma vez que foram recolhidos dados somente das consultas de um hospital



e não da população em geral, levando a uma possível sobrevalorização da prevalência e incidência da FA.

Por último, outra limitação é que o número de utentes que compõem a amostra representativa da FA, ou seja, os utentes que têm esta arritmia, é escassa. Como consequência, pode ter levado a que não existam relações estatisticamente significativas entre variáveis, quando na realidade sim existem.

6. Considerações Éticas e Legais

O presente estudo foi avaliado e autorizado pela Comissão de Ética do CHUCB, pelo gabinete de Investigação e Inovação do CHUCB, pelo diretor de serviço de Cardiologia do CHUCB e pelo conselho de administração do CHUCB. Durante todo o processo, a confidencialidade dos dados dos utentes e o anonimato dos mesmos foram respeitados.

7. Bibliografia

- Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, De Sousa J, Primo J, Leiria E, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the Portuguese population aged 40 and over: the FAMA study. *Rev Port Cardiol*. 2010;29:331-50.
- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893-962.
- Cea-Calvo L, Redón J, Lozano J V., Fernández-Pérez C, Martí-Canales JC, Llisterri JL, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en la población Española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2007;60(6):616-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13107118>
- Heeringa J, Van Der Kuip DAM, Hofman A, Kors JA, Van Herpen G, Stricker BHC, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: The Rotterdam study. *Eur Heart J*. 2006;27(8):949-53.
- Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent Risk Factors for Atrial Fibrillation in a Population-Based Cohort: The Framingham Heart Study. *JAMA J Am Med Assoc*. 1994;271(11):840-4.
- Kathryn M. Ryder, Emelia J. Benjamin. Epidemiology and Significance of Atrial Fibrillation. *Am J Cardiol* 1999;84:131R-138R
- Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2018. p. 1746-1750.
- Zimetbaum P. In the clinic. Atrial fibrillation. *Annals of internal medicine*. 2010;153(11):ITC61-ITC616
- Gouveia M, Costa J, Alarcão J, Augusto M, Caldeira D, Pinheiro L, et al. Carga e custo da fibrilhação auricular em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2015;34(1):1-11.
- Gomes E, Campos R, Morais R, Fernandes M. Estudo FATA: Prevalência de fibrilhação auricular e terapêutica antitrombótica nos cuidados de saúde primários de um concelho do norte de Portugal. *Acta Med Port*. 2015;28(1):35-43.
- Monteiro P. The SAFIRA study: A reflection on the prevalence and treatment patterns of atrial fibrillation and cardiovascular risk factors in 7500 elderly subjects. *Rev Port Cardiol [Internet]*. 2018;37(4):307-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.08.006>
- Primo J, Gonçalves H, Macedo A, Russo P, Monteiro T, Guimarães J, et al. Prevalence of paroxysmal atrial fibrillation in a population assessed by continuous 24-hour monitoring. *Rev Port Cardiol*. 2017;36(7-8):535-46.
- Ascensão P. Fibrilhação auricular tromboembolismo. *Rev Port Clin geral*. 2006;22:13-24.
- Lane DA, Skjøth F, Lip GYH, Larsen TB, Kotecha D. Temporal trends in incidence, prevalence, and mortality of atrial fibrillation in primary care. *J Am Heart Assoc*. 2017 Apr 28;6(5):e005155. doi: 10.1161/JAHA.116.005155.
- Marques da Silva P. [Old and new oral anticoagulants. Pharmacological perspective]. *Rev Port Cardiol [Internet]*. 2012;31 Suppl 1:6-16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0870-2551\(12\)70034-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0870-2551(12)70034-3)
- Gomez-Doblas JJ, Muñoz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:259-69.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018. p. 14,18.
- Vizzardi E, Sciatti E, Bonadei I, D'Aloia A, Curnis A, Metra M. Obstructive sleep apnoeahypopnoea and arrhythmias: New updates. *J Cardiovasc Med*. 2014;15:000-000.
- Monahan K, Storfer-Isser A, Mehra R, Shahar E, Mittleman M, Rottman J, et al. Triggering of Nocturnal Arrhythmias by Sleep-Disordered Breathing Events. *J Am Coll Cardiol [Internet]*. 2009;54(19):1797-804. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2009.06.038>
- Goudis CA, Ketikoglou DG. Obstructive sleep and atrial fibrillation: Pathophysiological mechanisms and therapeutic implications. *Int J Cardiol [Internet]*. 2016;230:293-300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.12.120>.
- Qureshi WT, Nasir U Bin, Alqalyoobi S, O'Neal WT, Mawri S, Sabbagh S, et al. Meta-Analysis of Continuous Positive Airway Pressure as a Therapy of Atrial Fibrillation in Obstructive Sleep Apnea. *Am J Cardiol [Internet]*. 2015;116(11):1767-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.08.046>