



# A FIBRILHAÇÃO AURICULAR NÃO VALVULAR NUM DIA DE INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

## ONE-DAY INPATIENT TRENDS IN NON VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION

Carolina Amado, MD

Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro; Av. Artur Ravara, 3810-164 Aveiro; carolina.amado@gmail.com

Valter Duarte, MD

Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro; Av. Artur Ravara, 3810-164 Aveiro

Mariana Silva Leal, MD

Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro; Av. Artur Ravara, 3810-164 Aveiro

Ana Rocha Oliveira, MD

Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro; Av. Artur Ravara, 3810-164 Aveiro

Margarida Cruz, MD

Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro; Av. Artur Ravara, 3810-164 Aveiro

### Resumo

*A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum nos adultos, encontrando-se associada à idade avançada, sexo masculino, doença cardiovascular hipertensiva e coronária, bem como à Diabetes mellitus.*

*Os autores propuseram-se a realizar um estudo observacional retrospectivo com o objetivo de avaliar os doentes com diagnóstico de FA não valvular (FANV) internados em três enfermarias do Serviço de Medicina Interna, durante um dia, escolhido aleatoriamente.*

*Dos 68 doentes internados, 36% (n=26) apresentavam diagnóstico prévio de FANV. Estes doentes eram mais velhos, mais frequentemente do sexo feminino e com risco tromboembólico moderado a elevado. Apresentavam, ainda, elevada prevalência de comorbilidades como HTA e DM. A maioria encontrava-se hipocoagulada, com predomínio do uso de HBPM e sob estratégia de controlo de frequência cardíaca.*

*A relativa elevada prevalência de FANV no internamento revela a necessidade imperativa de os clínicos adequarem a decisão de hipocoagulação a cada doente, em função do risco-benefício.*

### Palavras chave:

Fibrilhação auricular,  
internamento,  
hipocoagulação

### Abstract

*Non valvular atrial fibrillation (NVAF) is the most common sustained arrhythmia in adults associated with aging, male sex, hypertensive and coronary cardiovascular disease and diabetes.*

*The authors performed a retrospective study which pretended to evaluate inpatients of an internal medicine department with the diagnosis of NVAF, in one random chosen day.*

*From 68 patients, 36% (n=26) had previous diagnosis of NVFA. These patients were older, more frequently woman and with moderate to severe thromboembolic risk. They also had high prevalence of arterial hypertension and diabetes. Most of the patients were under hypocoagulation with LWMH and heart rate control.*

*Due to high relative prevalence of inpatient NVFA, doctors should be aware of the risk-benefit of hypocoagulation and bear rate vs rhythm control.*

### Keywords:

Atrial fibrillation,  
hospitalisation,  
anticoagulation

### Introdução

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum nos adultos, com uma prevalência de cerca de 1-2% na população em geral [1]. A sua incidência relaciona-se com o envelhecimento populacional, duplicando a cada década de vida. [2] A

FA está associada, ainda, ao sexo masculino, hipertensão arterial (HTA) e Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM). [3]

A FA associa-se a insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e declínio cognitivo com demência vascular. Assim, determina um aumento da morbi-mortalidade, e subsequentemente a hospitalizações recorrentes e

deterioração da qualidade de vida do doente. [4] Este trabalho tem como objetivo determinar a prevalência de FA não valvular (FANV) nos doentes internados em três enfermarias de um Serviço de Medicina Interna, num dia, escolhido aleatoriamente, assim como analisar a terapêutica instituída e principais comorbilidades cardiovasculares associadas.

### Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo transversal, realizado num Hospital Distrital, incluindo todos os doentes internados em três enfermarias de um Serviço de Medicina Interna, durante um dia, escolhido aleatoriamente.

### Resultados

Foram incluídos neste estudo 68 doentes internados em 3 sectores do Serviço de Medicina Interna, num total de 74 camas disponíveis (taxa de ocupação de 92%), naquele dia, escolhido aleatoriamente. Dos 68 doentes internados, 36% (n=26) apresentavam diagnóstico prévio de FANV não valvular, com idade média de 74.9 anos. Destes doentes, 46% (n=12) eram do sexo masculino, e 65% (n=17) apresentavam, concomitantemente, HTA e 31% (n=8) Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM tipo 2).

No que diz respeito à terapêutica instituída, 73% (n=19) dos doentes com FANV encontravam-se hipocoagulados. Sete doentes (27%), à semelhança do domicílio, não se encontravam hipocoagulados, apesar de indicação para tal, sendo os principais motivos reportados: grau de dependência elevado, com maior risco do que benefício, risco de queda e/ou risco hemorrágico elevado (na sua maioria, pela presença de hemorragia gástrica e/ou esofágica recentes). Um doente não apresentava motivo aparente para a não hipocoagulação. De ressaltar, sete doentes com ajuste da dose de hipocoagulação: seis doentes por ajuste adequado aos valores de clearance de creatinina ou ao conjunto dos valores de creatinina e peso corporal (no caso do apixabano); e um doente, sob terapêutica com esse mesmo fármaco, que contemplava apenas um critério de redução de dose e por isso sem indicação para a mesma.

O anticoagulante mais prevalente foi a heparina de baixo peso molecular (HBPM) (n=10; 53%), seguida dos anticoagulantes orais diretos (DOAC) (n=8; 42%) e dos antivitaminicos K (AVK) (n=1; 5,3%).

Em comparação, no domicílio, previamente ao internamento, 50% (n=13) encontravam-se hipocoagulados com DOAC (sendo o apixabano o mais frequentemente prescrito), seguido dos AVK em 11.5% (n=3).

Apenas um doente (3,8%) se encontrava sob estratégia de controlo de ritmo (com amiodarona) e 18 (69%) doentes sob estratégia de controlo de frequência cardíaca (FC), sendo o fármaco mais comumente utilizado, neste caso, o bisoprolol. Os restantes doentes com FANV não se encontravam sob qualquer uma das estratégias previamente descritas (n=7; 27%), na maioria dos casos por bom controlo da FC ou, em dois casos, por bradicardia sintomática. Previamente ao internamento, 42,3% (n=11) dos doentes encontravam-se sob controlo de FC com beta-bloqueador e 19.2% (n=5) sob controlo de ritmo com amiodarona e 7,7% (n=2) com digoxina.

### Discussão/Conclusão

Através da realização deste estudo, os autores constataram que os doentes internados com diagnóstico prévio de FANV eram, essencialmente, idosos, do sexo feminino e com risco tromboembólico moderado a elevado. A FA foi um factor determinante para o internamento em um doente, como motivo de descompensação de insuficiência cardíaca.

A prevalência de FANV no internamento, no dia escolhido, é relativamente elevada e pode ser justificada pela elevada idade média dos doentes habitualmente internados em enfermarias de Medicina Interna e subsequente elevada prevalência de comorbilidades, em particular de HTA. O sexo para o qual o diagnóstico foi mais prevalente neste dia de internamento foi o feminino, mesmo sendo a FA mais diagnosticada no sexo masculino [5]. Os autores interpretaram estes dados em contexto da maior esperança média de vida do sexo feminino, e subsequente maior número de admissões hospitalares e internamentos.

A terapêutica anticoagulante foi cumprida na maioria dos doentes com indicação para tal (score de CHADS<sub>2</sub>VASC<sub>2</sub> ≥ 2, segundo as linhas de orientação da Sociedade Europeia de Cardiologia [4]). A ressaltar, ainda, que os motivos de redução de dose foram, na sua maioria, corretamente aplicados, com apenas uma exceção.



De referir, ainda, predomínio da hipocoagulação com HBPM, o que poderá ser explicado pela presença de uma população mais idosa e com presença de pluripatologia condicionando uma perceção clínica de risco hemorrágico aumentado; pela maior facilidade de suspensão/ajustes de dose ou reversibilidade do efeito em doentes com eventual necessidade de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas invasivas ou alterações analíticas que poderiam justificar uma necessidade de rápida reversão/menor duração do efeito; e, ainda, pela ausência de DOAC disponíveis no Serviço de Urgência, através do qual é feita a maioria das admissões destes doentes em internamento.

O apixabano foi o DOAC mais prescrito, seguido pelo rivaroxabano. De acordo com a literatura, estes são os DOAC mais frequentemente prescritos, no entanto a ordem é variável. [6] Todos os DOAC parecem ser igualmente eficazes na prevenção do cardioembolismo, no entanto, o apixabano parece estar associado a uma diminuição do risco hemorrágico major, particularmente na população mais idosa [6,8]. Interessantemente, nenhum doente se encontrava sob hipocoagulação com dabigatrano ou edoxabano, apesar da existência de antídoto para o primeiro e facilidade posológico do segundo. [4]

A maioria dos doentes encontrava-se sob estratégia de controlo de FC, o que se encontra de acordo com a literatura. Tendo em conta a idade média avançada da população estudada, este é o método de primeira linha, tendo vários estudos provado a não superioridade do controlo de ritmo no que diz respeito à diminuição do risco de AVC, morbidade ou mortalidade. [9] O uso de antiarrítmicos nesta população é limitado pela existência de múltiplas comorbilidades associadas [9], e/ou complicações da própria medicação, como evidenciado em dois doentes cujo motivo de internamento foi tireotoxicose secundária à amiodarona. Por estes motivos, e em comparação com a medicação realizada previamente no domicílio, assistiu-se, no internamento, a um *switch* do controlo de ritmo para FC, mantendo-se a preferência pelo bisoprolol.

A relativa elevada prevalência de FANV no internamento revela a necessidade imperativa de os clínicos adequarem a decisão terapêutica, utilizando todas as ferramentas disponíveis, com vista à redução do risco tromboembólico

e de descompensação de patologias de base. Por um lado, da hipocoagulação, em função do risco-benefício, e, por outro, do adequado controlo de ritmo e/ ou FC, de acordo com as diferentes comorbilidades dos doentes.

### Bibliografia

1. Muhammad UN et al. Trends in atrial fibrillation hospitalizations in the United States: a report using data from National Hospital Discharge Survey. *Ind Pacing Electrophysiol J*. 2018;18(1):6-12.
2. Falk RH. Atrial Fibrillation. *N Eng J Med*. 2001;344:1067-1076.
3. Weng LC et al. Genetic predisposition, clinical risk factor burden, and lifetime risk of atrial fibrillation. *Circulation*. 2018;137-1027-1038.
4. Gerhard H, Tatjana Potpara, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2020.
5. Gerhard H, Tatjana P, et al. 2020 Guidelines for Management of Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2020.
6. Jérémy B, Didier M, Clémentine R, Jérémie V, Anca-Maria M, Valentine N et al. The prescription of direct oral anticoagulants in the elderly: An observational study of 19 798 Ambulatory subjects. *Int J Clin Pract*. 2020;74:e13420
7. Deng K et al. Efficacy and Safety of Direct Oral Anticoagulants in Elderly Patients With Atrial Fibrillation: A Network Meta-Analysis. *Front. Med*. 2020;7:107.
8. Kjerpeseth LJ et al. Prevalence and incidence rates of atrial fibrillation in Norway 2004-2014. *Heart*. 2021;107(3):201-207.
9. Lidija P. What is the best strategy to follow in very old patients with atrial fibrillation: rate or rhythm control? [E-Journal of Cardiology Practice](#). 2019;e17(2).