# Investigação

# Prevalência de fibrilação auricular nos idosos de uma Unidade de Saúde Familiar

por Maria João Balsa[1], Márcia Sá[2], Basile Weijters[1], Francisca Gomes de Almeida[1], Inês Videira[1]

1. Internos de Medicina Geral e Familiar da USF Saúde em Família, ACeS Maia/Valongo

2. Especialista de Medicina Geral e Familiar da USF Saúde em Família, ACeS Maia/Valongo

## RESUMO

**Introdução:** A fibrilação auricular (FA) é a arritmia mantida mais frequente na prática clínica. Constitui uma importante causa de morbilidade e é um fator de risco independente para mortalidade global. É importante conhecer a prevalência desta arritmia para otimizar as estratégias de saúde.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de FA nos indivíduos com mais de 65 anos de idade inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Saúde em Família. Caracterizar os doentes com FA quanto a fatores de risco tromboembólico através da escala CHA2DS2VASc e existência ou não de terapêutica anticoagulante em curso.

**Tipo de estudo:** observacional transversal descritivo e analítico. Local: USF Saúde em Família. População: utentes com 65 ou mais anos de idade inscritos na USF. Métodos: Seleção de uma amostra aleatória de 293 utentes, contactados telefonicamente para entrevista. Recolha de dados demográficos, socioeconómicos, clínicos e terapêuticos através do processo clínico, exame objetivo, questionário e realização de eletrocardiograma (ECG).

**Resultados:** Dos 293 utentes selecionados, foi possível avaliar 101, com média de idade de 72,4 anos ± 5,92, maioritariamente do sexo feminino (54,4%). A prevalência de FA foi de 8,9% (oito casos identificados através de ECG e um através do registo no processo clínico). A FA foi mais prevalente no sexo masculino (77,8%), 77,8% dos casos identificados tinham já diagnóstico e em 77,8% a terapêutica anticoagulante havia sido proposta, tendo sido aceite por todos os utentes.

**Conclusões:** A prevalência de FA foi de 8,9%. Todos os doentes com FA pontuaram 2 ou mais na escala CHA2DS2VASc, mas apenas 77,8% (n=7) dos doentes FA se encontrava anticoagulada.

**Palavras-chave:** Fibrilação auricular, Prevalência, Idosos, Prevenção.

## INTRODUÇÃO

A fibrilação auricular (FA) é a arritmia mantida mais frequente na prática clínica, ocorrendo em 1-2% da população geral, estimando-se que a sua prevalência duplique nos próximos 50 anos, fruto do envelhecimento da população.[1]

A FA constitui uma importante causa de morbilidade e é um fator de risco independente para mortalidade global.[2] Está associada a um aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC) e outros eventos tromboembólicos, insuficiência cardíaca, disfunção ventricular e diminuição da qualidade de vida.[1]

Em Portugal, o estudo FAMA, publicado em 2010, apontava para uma prevalência de FA de 2,5% numa amostra de indivíduos com 40 anos ou mais, e de 6,8% nos indivíduos com idade superior a 65 anos. Entre os indivíduos em que se detetou FA, apenas 1,6% conhecia o diagnóstico e menos de metade fazia anticoagulantes orais (38%).[2] Conhecer a realidade local, a prevalência de fibrilação auricular nos utentes idosos da nossa unidade de saúde, os fatores de risco cardiovascular presentes nestes doentes e as opções terapêuticas em curso é importante para otimizar os cuidados de saúde e as estratégias adotadas.

## OBJETIVOS

**Objetivo principal:** determinar a prevalência de FA nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Saúde em Família.

**Objetivos secundários:** caracterizar a população quanto à presença de fatores de risco tromboembólico identificados na escala CHA2DS2VASc. Determinar, entre os doentes com FA, a proporção que conhecia o diagnóstico e a proporção que se encontrava anticoagulada.

## MÉTODOS

Realização de um estudo observacional transversal descritivo e analítico, de uma amostra aleatória de utentes com 65 ou mais anos de idade inscritos na USF Saúde em Família.

Da população do estudo (2530 utentes inscritos com 65 anos ou mais - informação obtida através do MIM@UF®) foi selecionada uma amostra aleatória de 293 utentes usando o programa Random®. No cálculo do tamanho da amostra, assumiu-se uma prevalência de FA de 6,8% (tendo por base a prevalência determinada no estudo FAMA2), com um nível de confiança de 95% e um erro de precisão de 5%. Foram excluídos os utentes com os quais não foi possível estabelecer o contacto telefónico após três tentativas, utentes com impossibilidade de se deslocar à USF ou

com alterações anatómicas que impeçam a realização do eletrocardiograma; e utentes sem fornecimento do consentimento para participação no estudo. Os utentes selecionados foram contactados telefonicamente para comparecerem na USF onde, após obtenção de consentimento informado escrito para a participação no estudo, responderam a um questionário destinado à colheita de dados demográficos, clínicos e terapêuticos, foram colhidos dados antropométricos (peso e altura), avaliada a frequência cardíaca através da palpação do pulso radial, medida a tensão arterial (com esfigmomanómetro manual e método auscultatório; realizadas duas medições com um intervalo de dois minutos entre elas e registado o valor médio das avaliações) e realizado um eletrocardiograma (ECG) com tira de ritmo com recurso a eletrocardiógrafo modelo AsCARD Mr. Red®, devidamente calibrado. Foram calculados os riscos tromboembólico e hemorrágico dos doentes com FA com recurso às escalas CHA2DS2VASc1 e HAS-BLED4, respetivamente. A avaliação das variáveis em estudo foi efetuada pelos autores do estudo. Relativamente à interpretação do ECG, esta foi efetuada pelos dois autores presentes na entrevista dos utentes e em caso de discordância, analisado por toda a equipa de investigadores.

Os dados colhidos foram complementados com a consulta do processo clínico informatizado e armazenados e analisados estatisticamente em Microsoft Excel 2010®. Foram utilizados os testes qui-quadrado e Fisher para avaliar diferenças entre proporções e o teste Kruskal-Wallis para diferenças entre medianas de diferentes grupos considerando-se a diferença estatisticamente significativa quando $p<0,01$.

| Variável | | Utentes sem FA (n=92) | | Utentes com FA* (n=9) | | Valor p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mediana (min; máx) | n (%) | Mediana (min; máx) | n (%) | |
| Sexo Feminino | | - | 53 (57,6%) | - | 2 (22,2%) | 0,987‡ |
| Idade (anos) | | 70,5 (65; 92) | - | 72,0 (65; 75) | - | 0,634† |
| TA (mmHg) | sistólica | 130 (100; 178) | - | 124 (102; 144) | - | 0,664† |
| | diastólica | 70 (50; 102) | - | 74 (44; 82) | - | 0,535† |
| FC (bpm) | | 72 (44; 100) | - | 62 (56; 80) | - | 0,009† |
| IMC (kg/m$^2$) | | 26, 9 (16,6; 36,8) | - | 28,0 (20,2; 42,3) | - | 0,524† |

Quadro I – Análise descritiva e analítica da amostra
Legenda: * - Foram considerados doentes com FA aqueles que apresentavam critérios eletrocardiográficos ou informação no processo clínico. - usado o teste de Fisher; †- usado o teste Kruskal-Wallis; TA – tensão arterial; FC – frequência cardíaca; bpm – batimentos por minuto; IMC – índice de massa corporal.

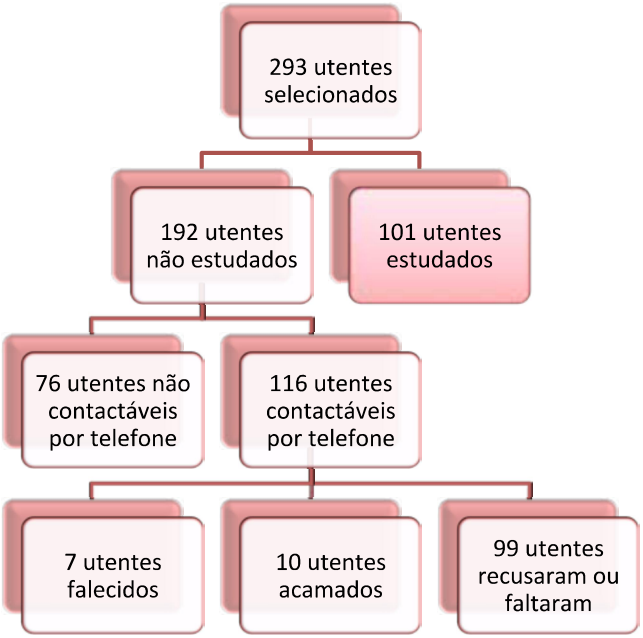


Figura 1 - Fluxograma dos doentes incluídos

O presente estudo foi apreciado e autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional e Saúde do Norte.

## RESULTADOS

Dos 293 utentes selecionados, não foi possível estabelecer o contacto telefónico com 76; 116 recusaram, faltaram à marcação, não se podiam deslocar à USF ou haviam falecido (Figura 1). A proporção de participação foi, portanto, de 34,5%.

Dos 101 utentes incluídos, 54,5% eram mulheres e a média de idade foi de 72,4 anos±5,92, em comparação com os 62,5% de mulheres entre os 192 utentes não incluídos na amostra final, com média de idade de 76,3 anos±8,39. As características dos utentes que

participaram no estudo encontram-se descritas no Quadro I.

### Identificação/Prevalência de FA

Foram identificados através do ECG oito casos de FA, o que representa uma prevalência de 7,9% (IC a 95%: 2,6-13,3%), sendo que um nono doente tinha uma FA previamente conhecida, não detetada eletrocardiograficamente durante o estudo, perfazendo uma prevalência total de FA de 8,9% (IC a 95%: 3,2-14,5%) na amostra. Entre os utentes com FA, 77,8% (n=7) possuíam essa informação no processo clínico e 66,7% (n=6) tinham conhecimento deste diagnóstico.

| Comorbilidades | Sem FA (n=92) | | FA (n=9) | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Insuficiência Cardíaca (n=7) | 3 | 3,3% | 4 | 44,4% | 0,003* |
| Hipertensão arterial (n=73) | | 69,6% | 9 | 100,0% | 0,052† |
| Diabetes *mellitus* (n=25) | | 25,0% | 2 | 22,2% | 0,593* |
| Acidente vascular cerebral (n=12) | 9 | 9,8% | 3 | 33,3% | 0,916* |
| Doença vascular periférica (n=8) | 8 | 8,7% | 0 | 0,0% | 0,352* |
| Insuficiência hepática (n=2) | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% | 0,499* |
| Insuficiência renal (n=6) | 4 | 4,3% | 2 | 22,2% | 0,937* |
| Tromboembolismo venoso (n=1) | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0,568* |
| Patologia valvular cardíaca (n=2) | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 0,211* |

Quadro II – Comorbilidades presentes nos utentes da amostra, com FA (segundo critérios eletrocardiográficos ou informação constante no processo clínico) e sem FA
Legenda: * - usado o teste de Fisher; † - usado o teste qui-quadrado

### Comorbilidades

O Quadro II refere-se à análise das comorbilidades dos participantes sem FA e dos participantes com FA.

### Risco trombótico, risco hemorrágico e anticoagulação nos doentes com FA

Todos os participantes em que foi identificada FA pontuaram 2 ou mais na escala $CHA_2DS_2VASc$ (mediana 4; mínimo 2; máximo 5). Entre os participantes com FA, 44,4% (n=4) pontuaram 3 ou mais na escala HAS-BLED (mediana 2; mínimo 2; máximo 4). Os dois participantes que desconheciam o diagnóstico de FA e que não estavam com terapêutica anticoagulante pontuavam 3 em ambas as escalas.
Em 77,8% (n=7) dos casos de FA tinha existido uma proposta de terapêutica anticoagulante, com a qual todos concordaram. O fármaco anticoagulante mais comumente adotado foi a varfarina (71,4%), seguindo-se o acenocumarol (28,6%).

## DISCUSSÃO

Com a realização do ECG aos indivíduos da amostra foram identificados 8 casos de FA (7,9%). Para além da deteção de FA com base na realização de ECG, foi também consultado o processo clínico dos utentes, tendo-se verificado que em um caso havia codificação de FA sem o mesmo se ter comprovado no ECG realizado. Pode tratar-se de um caso de FA paroxística, e que por esse motivo poderia não estar presente no momento da realização do exame. Assim, tendo em conta os casos de FA detetados eletrocardiograficamente e o caso com identificação no processo clínico, a prevalência global de FA calculada no nosso estudo foi de 8,9%, próxima à de outros dois estudos europeus (Estudo Roterdão[6]: 8,1% e Estudo PREV-ICTUS[7], realizado em Espanha: 9,5%, ambos em indivíduos com mais de 65 anos) mas superior à determinada num outro estudo português, o FAMA[5], com uma prevalência de 4,8% em adultos com mais de 60 anos de idade. Para esta diferença pode ter contribuído o facto da amostra no estudo FAMA ter incluído indivíduos com idade mínima e com uma média de idades inferiores à da nossa amostra, assim como a metodologia diferente, dado terem contactado os sujeitos da amostra na sua residência; no nosso estudo os indivíduos necessitavam de se dirigir à sua USF, podendo haver maior facilidade no contacto telefónico e maior recetividade a esta deslocação por parte de idosos que já recorram habitualmente a ela pelas suas comorbilidades, nomeadamente FA, e que por esse motivo tenham a sua informação de contacto mais atualizada.
Dos nove participantes com FA, sete apresentavam tal

informação no processo clínico e destes, seis (85,7%) conheciam o diagnóstico, percentagem consideravelmente diferente da calculada no estudo FAMA[3] onde apenas 1,6% da amostra sabia ter FA. Esta diferença pode dever-se à metodologia usada.

Registou-se uma diferença estatisticamente significatica entre a mediana da frequência cardíaca dos utentes com FA (62 bpm) e dos utentes sem FA (72 bpm). É possível que esta diferença se deva ao facto de os utentes com FA poderem estar sob terapêutica para controlo da frequência cardíaca.

Entre os utentes com FA, verificou-se uma elevada prevalência de HTA (100%), insuficiência cardíaca (44,4%) e diabetes mellitus (22,2%). A prevalência de insuficiência cardíaca nestes mesmos utentes foi significativamente diferente da encontrada nos indivíduos sem FA (3,3%) (p=0,003). A relação entre estas duas patologias encontra-se já descrita, nomeadamente devido ao aumento da regurgitação mitral por uma frequência cardíaca elevada, o que pode conduzir a uma cardiomiopatia ventricular dilatada.[7]

Todos os doentes em quem foi identificada FA pontuaram 2 ou mais na escala $CHA_2DS_2VASc$, pelo que tinham indicação para anticoagulação. No entanto dois deles não estavam sob esta terapêutica; ambos pontuavam 3 na escala HAS-BLED, o que significa que apresentavam alguns fatores de risco hemorrágico. Contudo, esta pontuação não contraindica a terapêutica antitrombótica, devendo apenas ser considerada como alerta para existência desses fatores de risco e seu controlo, se possível.

Apenas 77,8% dos doentes com FA se encontrava anticoagulada. Apesar do crescente interesse e indicação para a utilização dos novos anticoagulantes orais, nenhum doente com FA na nossa amostra está medicado com estes fármacos. Este facto pode dever-se a uma reduzida experiência dos profissionais com estes fármacos e ao elevado custo destas prescrições.

Este estudo apresenta como principal limitação o facto da baixa proporção de participação ter impedido atingir o tamanho amostral inicialmente calculado para conferir poder ao estudo. Verificou-se que em muitos casos o contacto telefónico dos participantes não se encontra atualizado, tendo impossibilitado a abordagem de alguns dos participantes selecionados. O facto de não possuirmos informação sobre os participantes que não integraram o estudo, não nos permite inferir do impacto de tal facto na nossa estimativa de prevalência de FA. Como em outros estudos epidemiológicos sobre a prevalência de FA, um viés de seleção e a existência de FA paroxística não detetada no momento da execução do ECG pode ter influenciado os resultados do nosso estudo e ter contribuído para uma estimativa da prevalência diferente da real. Também o facto de não ter havido ocultação da informação clínica fornecida pelo utente aos investigadores que interpretaram o ECG pode ter influenciado os resultados.

Sendo a FA uma arritmia comum e um fator de risco para o acidente vascular cerebral, a principal causa de morte em Portugal, é essencial promover estratégias de prevenção desta complicação. A elevada prevalência de FA nos nossos utentes deve sensibilizar os profissionais para a importância de otimizar a pesquisa ativa desta entidade clínica e o seu tratamento, particularmente na prevenção de fenómenos tromboembólicos associados, com recurso à anticoagulação.

## BIBLIOGRAFIA


1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC).Eur Heart J 2010; 31(19):2369-429.
2. Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, Sousa J, Primo J, Leiria E, et al. Prevalência de fibrilação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. Estudo FAMA. Rev Port Cardiol 2010;29(03):331-350.
3. Robert-Ebadi H, Le Gal G, Righini M. Use of anticoagulants in elderly patients: practical recommendations. Clin Interv Aging 2009; 4:165-77.
4. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. Chest 2010;138(5):1093-100.
5. Heeringa J, van der Kuip DAM, Hofman A, Kors JA, van Herpen G, Stricker BH, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006;27:949-953.
6. Cea-Calvo L, Redón J, Lozano J, Fernández-Pérez C, Martí-Canales JC, Llisterri JL, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the Spanish population aged 60 years or more. The PREV-ICTUS study. Rev EspCardiol 2007;60(6):616-24.
7. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Europace 2006; 8:651-745.


## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.