

**Fibrilhação auricular: Incidência,
prevalência e percentagem de anticoagulados
numa consulta do Centro Hospitalar
Universitário Cova da Beira**

Maria Margarida de Carvalho Vilarinho

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado integrado)

Orientador: Dr. Manuel de Carvalho Rodrigues

maio de 2020

À minha família.

Agradecimentos

Ao meu orientador não só pela ajuda neste projeto como também pelos ensinamentos em Cardiologia transmitidos, pela disponibilidade, pelo apoio e pelo carinho em todos os momentos durante a realização desta dissertação.

À faculdade de Ciências de Saúde, CHUCB, Hospital Sousa Martins e Hospital Amato Lusitano e a todos os professores, médicos e profissionais de saúde que lá trabalham por tudo o que me ensinaram ao longo do curso.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim, mesmo quando eu não consegui. Sem eles não teria chegado até aqui.

À minha irmã e ao meu cunhado por me ensinarem que há mais na vida do que Medicina e por me proporcionarem momentos de diversão e riso.

Aos meus avós e tias avós que apesar de não estarem presentes, sei que ainda olham por mim.

Às minhas colegas, que fizeram da Covilhã uma segunda casa para mim, pela companhia, pelas conversas, pelos momentos inesquecíveis e por ajudarem a que tudo se tornasse mais fácil ao longo dos anos.

Resumo

Introdução: A fibrilhação auricular é a arritmia mais frequente na prática clínica, acarretando um aumento da morbilidade 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, através 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 morbilidade 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.

Palavras-Chave

Fibrilhação auricular; Incidência; Prevalência; Anticoagulação

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.

Keywords

Atrial Fibrillation; Incidence; Prevalence; Anticoagulation

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Gráficos.....	x
Lista de Acrónimos	xii
1. Introdução.....	1
2. Materiais e Métodos.....	3
2.1. Tipo de Estudo	3
2.2. Recolha de dados.....	3
2.3. Amostra	3
2.4. Variáveis analisadas	3
2.5. Análise estatística	4
2.6. Considerações Éticas e Legais.....	4
3. Resultados.....	5
3.1. Caracterização da amostra total	5
3.2. Caracterização da amostra dos utentes com FA.....	11
3.3. Correlação entre variáveis.....	16
3.3.1 Género e FA	16
3.3.2 Faixa etária e FA.....	17
3.3.3 Anticoagulação e FA.....	19
3.3.4 HTA e FA	20
3.3.5 IMC e FA.....	21
3.3.6 SAOS e FA.....	22
3.3.7 Hábitos tabágicos e FA.....	23
3.3.8 AVC/AIT e FA.....	24
3.3.9 EAM e FA.....	25

4.	Discussão.....	26
5.	Conclusão	31
5.1.	Limitações do estudo	31
6.	Bibliografia.....	32
	Anexos	35
	Anexo 1: Autorização da Comissão de Ética do CHUCB:	36

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo e faixas etárias	5
Tabela 2: Estatística descritiva da idade (anos) na amostra total	5
Tabela 3: Distribuição da amostra anticoagulação e HTA na amostra total	6
Tabela 4: Distribuição da amostra por IMC e SAOS na amostra total	8
Tabela 5: Distribuição da amostra por hábitos tabágicos na amostra total	9
Tabela 6: Distribuição da amostra por FA na amostra total.....	9
Tabela 7: Distribuição da amostra por AVC e AIT na amostra total.....	10
Tabela 8: Distribuição da amostra por EAM na amostra total	11
Tabela 9: Frequências absolutas e relativas dos dados dos utentes com FA.....	12
Tabela 10: Frequências absolutas da associação entre as variáveis estudadas dos utentes com FA.....	13
Tabela 11: Frequências absolutas e relativas do anticoagulante usado para os utentes com FA e que estão anticoagulados.....	14
Tabela 12: Frequências absolutas e relativas dos utentes com FA que tiveram AVC ou AIT ou nenhum	15
Tabela 13: Frequências absolutas e relativas dos utentes com FA que tiveram EAM ou não	15
Tabela 14: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Género.....	16
Tabela 15: Associação estatística entre o valor da prevalência de FA da amostra total e a variável género	16
Tabela 16: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Faixa etária	17
Tabela 17: Associação estatística entre FA e a variável faixas etárias.....	18
Tabela 18: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Anticoagulação.....	19
Tabela 19: Associação estatística entre FA e a variável Anticoagulação	19
Tabela 20: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável HTA.....	20
Tabela 21: Associação estatística entre FA e a variável HTA	20
Tabela 22: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável IMC	21
Tabela 23: Associação estatística entre FA e a variável IMC	21
Tabela 24: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável SAOS	22

Tabela 25: Associação estatística entre FA e a variável SAOS	22
Tabela 26: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Hábitos tabágicos	23
Tabela 27: Associação estatística entre FA e a variável Hábitos Tabágicos.....	23
Tabela 28: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável AVC/AIT	24
Tabela 29: Associação estatística entre FA e a variável AVC/AIT	24
Tabela 30: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável EAM	25
Tabela 31: Associação estatística entre FA e a variável EAM.....	25

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Gráfico circular da frequência relativa do género na amostra total.....	6
Gráfico 2: Gráfico de barras da frequência relativa das faixas etárias na amostra total..	6
Gráfico 3: Gráfico circular da frequência relativa da anticoagulação na amostra total ...	7
Gráfico 4: Gráfico circular da frequência relativa da HTA na amostra total.....	7
Gráfico 5: Gráfico de barras da frequência relativa da categorização dos pesos na amostra total	8
Gráfico 6: Gráfico circular da frequência relativa da síndrome de apneia obstrutiva do sono na amostra total.....	8
Gráfico 7: Gráfico de barras da frequência relativa dos hábitos tabágicos na amostra total.....	9
Gráfico 8: Gráfico circular da frequência relativa da fibrilhação auricular na amostra total.....	10
Gráfico 9: Gráfico de barras da frequência relativa dos AVCs e AITs na amostra total.	10
Gráfico 10: Gráfico circular da frequência relativa de EAM na amostra total.....	11
Gráfico 11: Gráfico de barras da frequência relativa da medicação anticoagulante usada nos utentes com FA e que estão anticoagulados	14
Gráfico 12: Gráfico de barras da frequência relativa dos utentes com FA que tiveram AVC ou AIT ou nenhum.....	15
Gráfico 13: Gráfico de barras da frequência relativa dos utentes com FA que tiveram EAM ou não.....	15
Gráfico 14: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e género.....	16
Gráfico 15: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e Faixa Etária	17
Gráfico 16: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e Anticoagulação.....	19
Gráfico 17: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e HTA	20
Gráfico 18: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e IMC.....	21
Gráfico 19: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e SAOS.....	22
Gráfico 20: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e os hábitos tabágicos	23

Gráfico 21: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e AVC/AIT.....	24
Gráfico 22: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e EAM.....	25

Lista de Acrónimos

FA	Fibrilhação Auricular
HTA	Hipertensão Arterial
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
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	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
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 morbidade, 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).

O diagnóstico desta arritmia requer um eletrocardiograma (ECG) com um padrão típico de FA: intervalos irregulares RR e ausência de ondas P, durante pelo menos 30 segundos (2,8,12), no entanto, por vezes pode ser também utilizado um registo de Holter (1,2,8). Esta arritmia pode classificar-se em: paroxística, se a arritmia termina espontaneamente em menos de uma semana, persistente, onde o episódio persiste mais do que sete dias, podendo chegar a um ano (longa duração) e permanente, quando o controlo do ritmo falhou ou não realizou e por tanto, não pode ser revertida para ritmo sinusal (2,7,8,10).

No que concerne ao tratamento, este deve ser individualizado e abarca controlo do ritmo ou da frequência cardíaca. A escala de CHA₂DS₂-VASc, prevê o risco tromboembólico nos utentes com FA, onde a partir de um *score* 1 nos homens ou 2 nas mulheres, estes beneficiam de anticoagulantes orais (2,7,8). No entanto, o risco hemorrágico deve ser avaliado com a escala HAS-BLED (2,10).

Surge como pergunta, face aos estudos realizados acerca desta patologia e sobre a sua prevalência a nível nacional: Qual é a prevalência, a incidência de FA e a percentagem de anticoagulados no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB)? Para responder a esta pergunta, apresentam-se como principais objetivos desta dissertação:

- Determinar a prevalência e incidência de FA numa amostra de utentes que frequentam consultas de HTA e de cardiologia entre maio e outubro de 2019;
- Avaliar as patologias clínicas associadas a cada utente;
- Determinar a percentagem de utentes com FA que estão anticoagulados e qual é a terapêutica implementada;
- Correlacionar diferentes variáveis e ver se esta é estatisticamente significativa;
- Comparar os dados obtidos com estudos científicos realizados.

2. Materiais e Métodos

2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo é retrospectivo, descritivo e observacional.

2.2. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2020, através da consulta de processos clínicos do SClínico do CHUCB, de todos os 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.

Estes dados foram sistematizados numa base de dados do Excel e mais tarde foram transferidos para o SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) de modo a poder realizar a análise estatística necessária para o estudo.

2.3. Amostra

Através deste método de consulta de processos clínicos, a amostra populacional apurada foi de um total de 400 utentes. No entanto 9 utentes foram excluídos por falta de informação nos respetivos processos clínicos. Obteve-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.

2.4. Variáveis analisadas

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.

2.5. Análise estatística

Após a recolha de dados e a sua sistematização no Excel 2020®, estes dados foram transferidos para uma nova base de dados no IBM SPSS Statistics® (versão 25) para a posterior análise estatística. Esta análise incluiu uma estatística descritiva das diferentes variáveis e o cruzamento de dados entre a variável FA e as restantes variáveis apresentadas no estudo.

Para relacionar duas variáveis, ou seja, para ver se duas variáveis são independentes ou não, foi realizado o teste de Qui-Quadrado, uma vez que é utilizado quando existem duas variáveis qualitativas nominais. O teste de Fisher foi utilizado quando o teste de Qui-Quadrado não foi possível ser realizado, ou seja, quando há mais de 20% das células com frequência esperada menor que 5.

Se o *p-value* obtido a partir do teste de Qui-Quadrado ou de Fisher for menor que 0,05, rejeita-se então a hipótese nula, donde se conclui que existe uma relação estatisticamente significativa, ou seja, as variáveis não são independentes.

A partir destes resultados obtidos do IBM SPSS Statistics®, foram criados gráficos e tabelas a partir do Excel 2020®.

2.6. 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.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra total

Foram analisados no total 391 doentes em consultas tanto de Cardiologia como de Hipertensão Arterial no Centro Hospitalar Cova da Beira durante um período de 6 meses (desde maio de 2019 a outubro de 2019). No que concerne à distribuição da amostra por género, dos 391 utentes, 205 (52,4%) correspondem ao sexo masculino e 186 (47,6%) correspondem ao sexo feminino (Gráfico 1/Tabela 1).

Na amostra total, as idades estão compreendidas entre os 18 e os 96, com uma média de $64,92 \pm 14,31$ anos (Tabela 2). 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) e a menor distribuição corresponde a utentes com mais de 90 anos (apenas 0,5%; n=2) (Gráfico 2/Tabela 1).

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

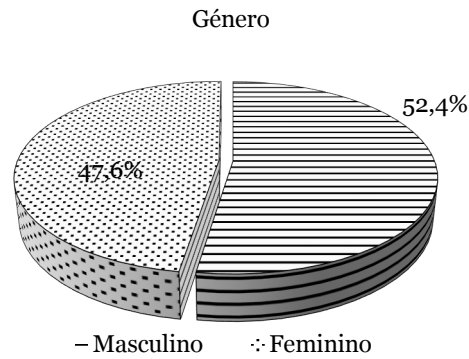


Gráfico 1: Gráfico circular da frequência relativa do género na amostra total

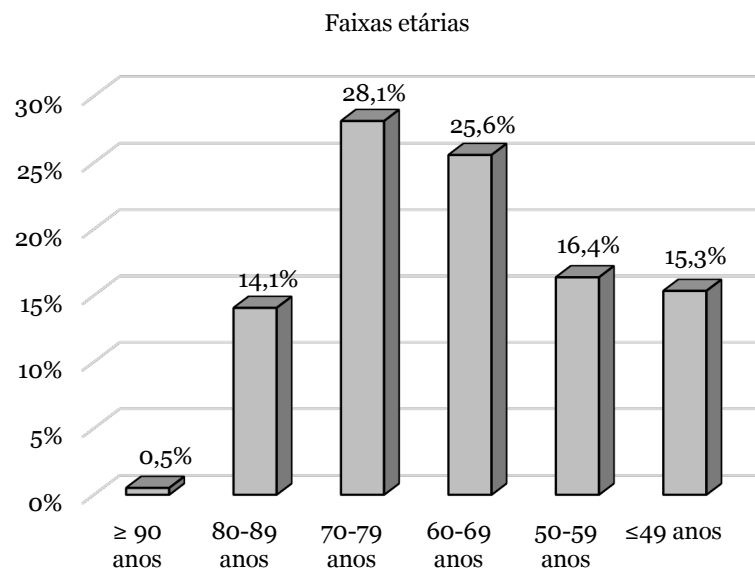


Gráfico 2: Gráfico de barras da frequência relativa das faixas etárias na amostra total

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 (Tabela 3/ Gráfico 3 e 4).

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%

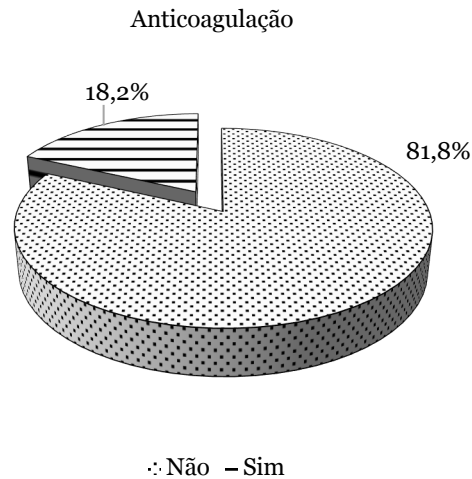


Gráfico 3: Gráfico circular da frequência relativa da anticoagulação na amostra total

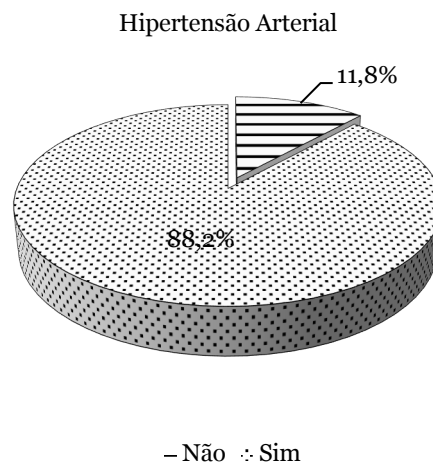


Gráfico 4: Gráfico circular da frequência relativa da HTA na amostra total

No que diz respeito ao IMC, apenas 1,8% (n=7) dos utentes tem sobrepeso¹, 27,9% (n=109) tem obesidade², mas 70,3% (n=275) não tem nem sobrepeso nem obesidade (Tabela 4/ Gráfico 5).

Em relação à síndrome de apneia obstrutiva do sono, a grande maioria não tem esta patologia (86,2%; n=337) frente a 13,8% (n=54) que têm SAOS (Tabela 4/ Gráfico 6).

¹ Considera-se sobrepeso aqueles utentes com um IMC entre 25 e 29,9.

² Considera-se obesidade aqueles utentes com um IMC maior do que 30.

Tabela 4: Distribuição da amostra por IMC e SAOS na amostra total

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
IMC	Peso normal	275	70,3%
	Sobrepeso	7	1,8%
	Obesidade	109	27,9%
SAOS	Não	337	86,2%
	Sim	54	13,8%

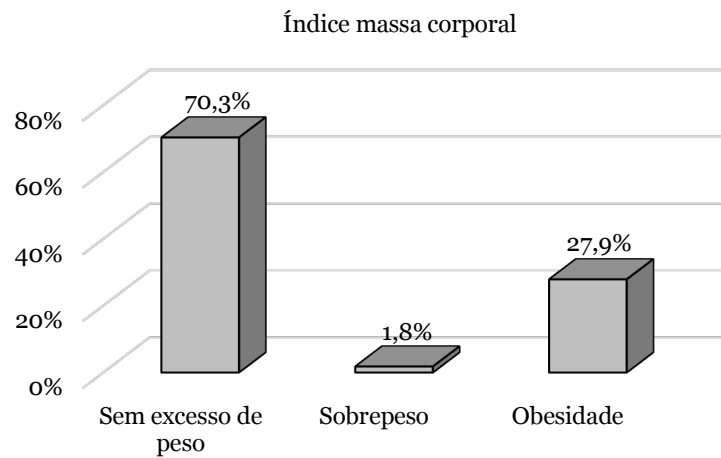
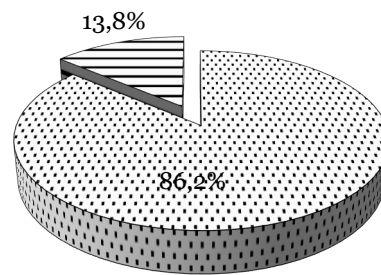


Gráfico 5: Gráfico de barras da frequência relativa da categorização dos pesos na amostra total

Síndrome apneia obstrutiva do sono



∴ Não – Sim

Gráfico 6: Gráfico circular da frequência relativa da síndrome de apneia obstrutiva do sono na amostra total

Quanto aos hábitos tabágicos, 10,7% (n=42) apresentam hábitos tabágicos ativos, 10,2% (n=40) têm hábitos tabágicos passados³, e a maior percentagem de utentes (79%, n=309) não apresenta hábitos tabágicos, atuais ou passados (Tabela 5/ Gráfico 7).

Tabela 5: Distribuição da amostra por hábitos tabágicos na amostra total

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
Hábitos tabágicos	Não Fumador	309	79,0%
	Ex-fumador	40	10,2%
	Fumador	42	10,7%

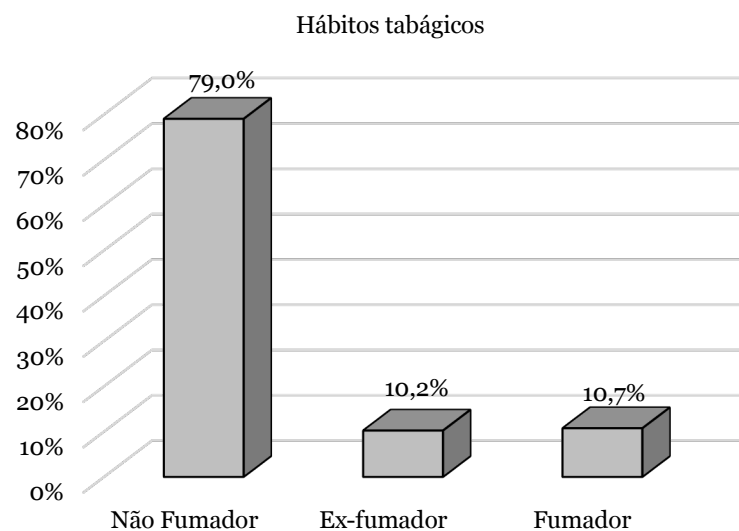


Gráfico 7: Gráfico de barras da frequência relativa dos hábitos tabágicos na amostra total

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 por 100 doentes em 6 meses.

Tabela 6: Distribuição da amostra por FA na amostra total

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

³ Considera-se hábitos tabágicos passados (ex-fumadores) aqueles utentes que deixaram de fumar há mais de 10 anos.

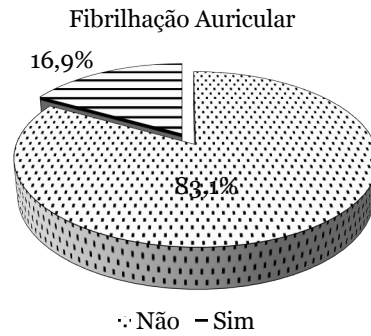


Gráfico 8: Gráfico circular da frequência relativa da fibrilhação auricular na amostra total

Em relação aos AVCs e AITs, da amostra total 7,2% (n=28) sofreram um AVC e 2% (n=8) um AIT (Tabela 7/Gráfico 9).

Tabela 7: Distribuição da amostra por AVC e AIT na amostra total

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
AVC/AIT	AVC	28	7,2%
	AIT	8	2,0%
	Sem AVC e sem AIT	355	90,8%

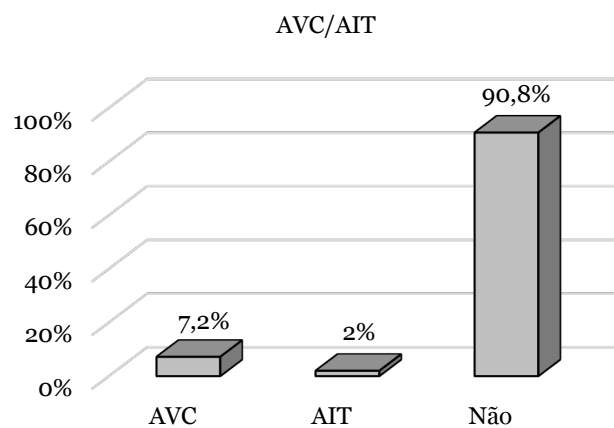


Gráfico 9: Gráfico de barras da frequência relativa dos AVCs e AITs na amostra total.

No que diz respeito aos EAM, 18,2% (n=71) da amostra total tiveram um EAM e 81,8% (n=320) não tiveram um EAM.

Tabela 8: Distribuição da amostra por EAM na amostra total

Variável		Frequência absoluta	Frequência relativa
EAM	Sim	71	18,2%
	Não	320	81,8%

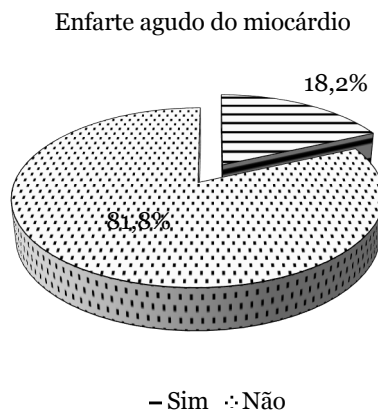


Gráfico 10: Gráfico circular da frequência relativa de EAM na amostra total

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. Dos 66 utentes com FA, a grande maioria (87,9%; n=58) não tem hábitos tabágicos atuais ou passados e 6,1% (n=4) são fumadores e 6,1% (n=4) têm hábitos tabágicos passados (Tabela 9).

Tabela 9: 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%

A partir do Excel, foi construída uma tabela dinâmica, para determinar quantos dos utentes com FA, têm uma combinação entre as diferentes variáveis estudadas: HTA, anticoagulação, hábitos tabágicos, SAOS, IMC, género e faixas etárias (Tabela 10). O maior número de doentes, 8 dos 66 que têm FA, têm HTA, estão sob anticoagulação oral, não têm hábitos tabágicos atuais ou passados, não têm SAOS, não têm excesso de peso, são do sexo feminino e estão entre os 70 a 79 anos; 6 dos 66 têm as mesmas características que os anteriormente descritos, exceto que estão entre 80 a 89 anos. Cabe destacar que apenas um utente com FA tem HTA, está anticoagulado, têm hábitos tabágicos ativos, tem SAOS, tem obesidade (Tabela 10).

Tabela 10: Frequências absolutas da associação entre as variáveis estudadas dos utentes com FA

HTA	Anticoagulação	Hábitos tabágicos	SAOS	IMC	Género	Faixa Etária	Total Utentes			
não	não	não	não	S/Obesidade; S/Sobrepeso	M	≤49 anos	2			
	sim	não	não	S/Obesidade; S/Sobrepeso	F	50-59 anos	1			
						60-69 anos	1			
						70-79 anos	1			
					M	60-69 anos	2			
não (ex)	sim	S/Obesidade; S/Sobrepeso	M	60-69 anos	1					
sim	não	não	não	Obesidade	F	≤49 anos	1			
						70-79 anos	3			
					M	60-69 anos	1			
						S/Obesidade; S/Sobrepeso	F	50-59 anos	1	
								60-69 anos	1	
				80-89 anos	3					
				≥ 90 anos	1					
				M	70-79 anos	1				
					80-89 anos	2				
				sim	não (ex)	não	S/Obesidade; S/Sobrepeso	F	M	70-79 anos
		60-69 anos	1							
		sim	sim	sim	Obesidade	M	M	60-69 anos	1	
								60-69 anos	1	
		sim	sim	não	não	Obesidade	F	70-79 anos	2	
	80-89 anos							2		
	M						80-89 anos	1		
							S/Obesidade; S/Sobrepeso	F	70-79 anos	8
									80-89 anos	6
	M					50-59 anos		1		
						60-69 anos		2		
						70-79 anos	6			
	80-89 anos					4				
	Sobrepeso					M	M	80-89 anos	1	
				60-69 anos	1					
	sim			não (ex)	não	S/Obesidade; S/Sobrepeso	M	M	70-79 anos	1
									80-89 anos	1
	sim	sim	não	Obesidade	M	M	70-79 anos	1		
S/Obesidade; S/Sobrepeso							70-79 anos	1		
Obesidade							60-69 anos	1		
Total							66			

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 (Tabela 11/Gráfico 10). No total, 73,4% (n= 33) estão a tomar os “novos” ACO, que corresponde à soma das frequências relativas e absolutas de Rivaroxabano, Dabigatran, Edoxabano e Apixabano (Tabela 11) e 26,7% (n=12) estão a usar Varfarina, um ACO “clássico” (Tabela 11/Gráfico 11).

Tabela 11: Frequências absolutas e relativas do anticoagulante usado para os utentes com FA e que estão anticoagulados

Anticoagulante	Frequência absoluta	Frequência relativa
Rivaroxabano	13	28,9%
Varfarina	12	26,7%
Dabigatran	8	17,8%
Edoxabano	3	6,7%
Apixabano	9	20,0%
Total	45	100%

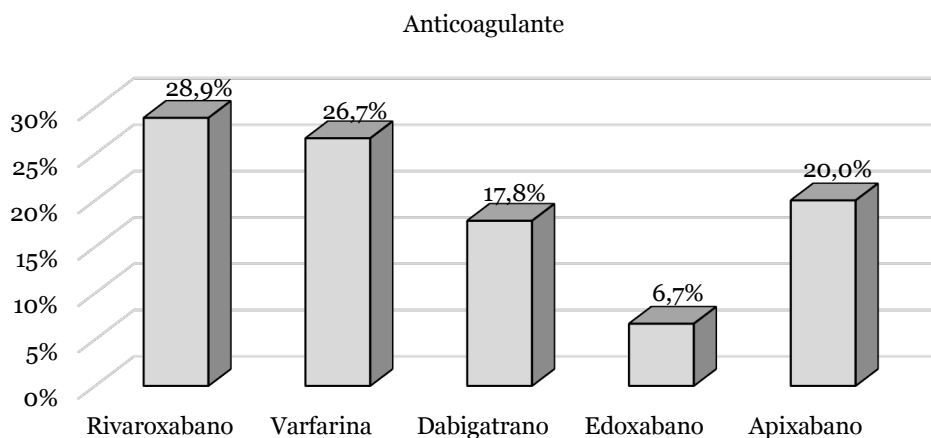


Gráfico 11: Gráfico de barras da frequência relativa da medicação anticoagulante usada nos utentes com FA e que estão anticoagulados

No que diz respeito à amostra dos 66 utentes com FA, 4,5% (n=3) tiveram um AVC e 4,5% (n=3) tiveram um AIT (Tabela 12/Gráfico 12); 16,7% (n=11) tiveram um enfarte agudo de miocárdio e os restantes 83,3% (n=55) não tiveram EAM (Tabela 13/Gráfico 13).

Tabela 12: Frequências absolutas e relativas dos utentes com FA que tiveram AVC ou AIT ou nenhum

	Frequência absoluta	Frequência relativa
AVC	3	4,5%
AIT	3	4,5%
Nenhum	60	90,9%
Total	66	100%

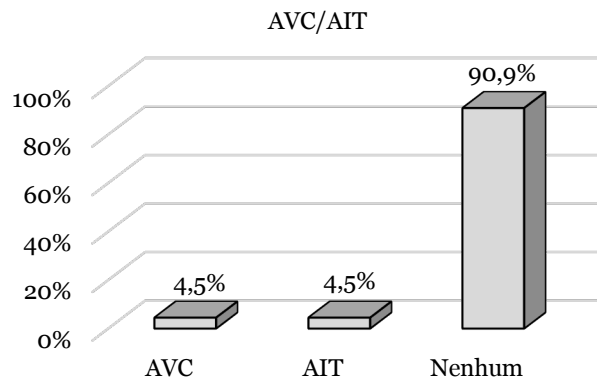


Gráfico 12: Gráfico de barras da frequência relativa dos utentes com FA que tiveram AVC ou AIT ou nenhum

Tabela 13: Frequências absolutas e relativas dos utentes com FA que tiveram EAM ou não

	Frequência absoluta	Frequência relativa
EAM Sim	11	16,7%
EAM Não	55	83,3%
Total	66	100%

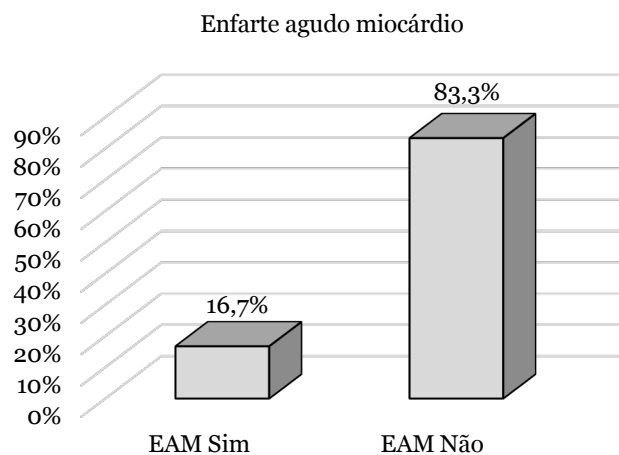


Gráfico 13: Gráfico de barras da frequência relativa dos utentes com FA que tiveram EAM ou não

3.3. Correlação entre variáveis

3.3.1 Género e FA

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 (Tabela 14/Gráfico 14).

Após a realização do teste de Qui-Quadrado, obteve-se um *p-value* de 0,687 (Tabela 15). Desta forma, constata-se que género e FA são variáveis estatisticamente independentes.

Tabela 14: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Género

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Género	Masculino	33	8,4%	153	39,1%
	Feminino	33	8,4%	172	44,0%
Total		66	16,9%	325	83,1%

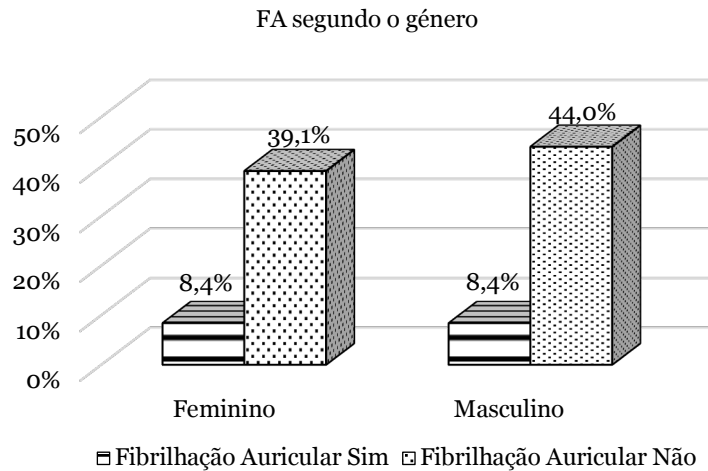


Gráfico 14: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e género

Tabela 15: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre o valor da prevalência de FA da amostra total e a variável género

Variável	<i>p-value</i>
Género	0,687

3.3.2 Faixa etária e FA

Segundo o gráfico da relação entre a variável FA e Faixa etária, podemos afirmar que existe uma curva de distribuição similar tanto para utentes com FA como para os utentes que não têm esta patologia (Gráfico 15). 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 (22,3%; n=87) (Tabela 16/Gráfico 15).

Ao realizar o 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 que estas não são independentes (Tabela 17).

Tabela 16: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Faixa etária

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Faixa etária	≥ 90 anos	1	0,3%	1	0,3%
	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%

FA segundo a faixa etária

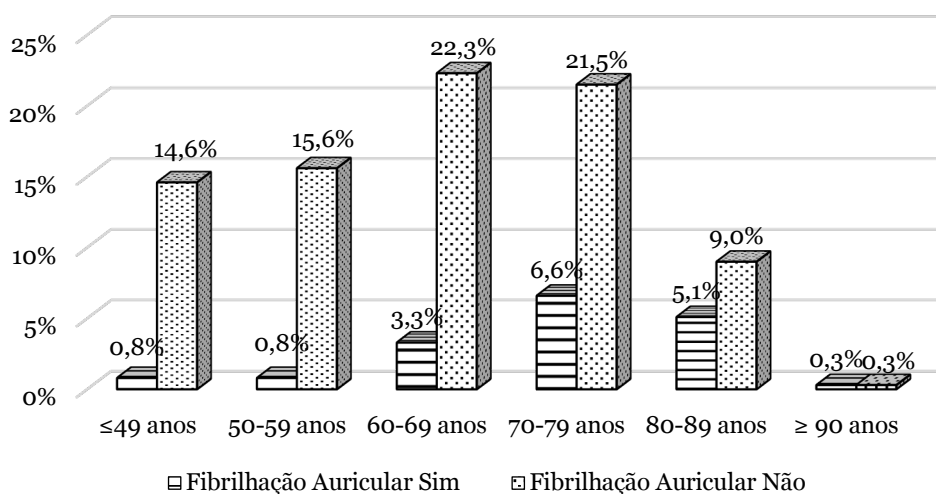


Gráfico 15: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e Faixa Etária

Tabela 17: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável faixas etárias

Variáveis	<i>p-value</i>
Faixas etárias	<0,05

3.3.3 Anticoagulação e FA

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 (Tabela 18/Gráfico 16).

Obteve-se um *p-value* menor que 0,05 após a realização do teste de Qui-Quadrado, pelo que podemos afirmar que se rejeita a hipótese nula e que existe uma relação estatisticamente significativa entre FA e anticoagulação e que estas não são independentes (Tabela 19).

Tabela 18: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Anticoagulação

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Anticoagulação	Não	21	5,4%	299	76,5%
	Sim	45	11,5%	26	6,6%
Total		66	16,9%	325	83,1%

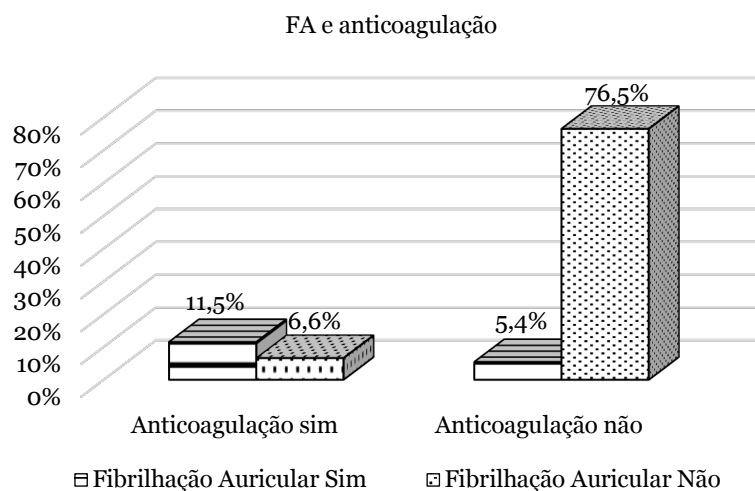


Gráfico 16: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e Anticoagulação

Tabela 19: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável Anticoagulação

Variáveis	<i>p-value</i>
Anticoagulação	<0,05

3.3.4 HTA e FA

Do total dos pacientes estudados, 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) (Tabela 20/Gráfico 17).

Através do teste de Qui-Quadrado obteve-se um *p-value* de 1 pelo que se assume que a relação entre as variáveis HTA e FA não é estatisticamente significativa e que são variáveis independentes (Tabela 21).

Tabela 20: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável HTA

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
HTA	Não	8	2,0%	38	9,7%
	Sim	58	14,8%	287	73,4%
Total		66	16,9%	325	83,1%

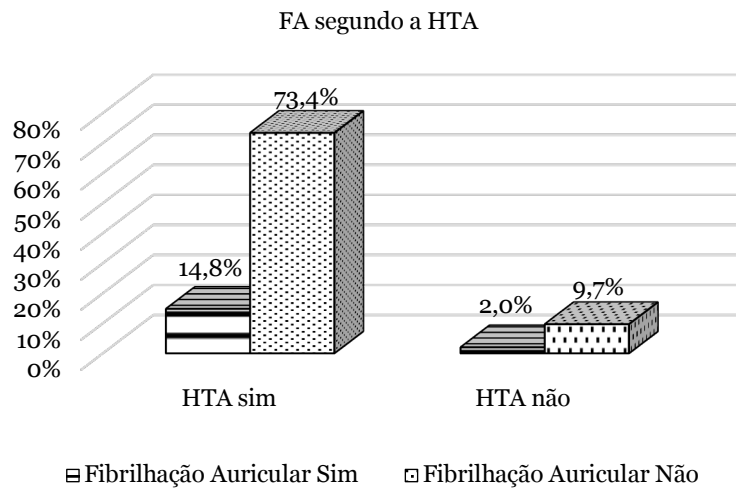


Gráfico 17: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e HTA

Tabela 21: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável HTA

Variáveis	<i>p-value</i>
HTA	1,000

3.3.5 IMC e FA

Ao relacionar a variável 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). (Tabela 22/Gráfico 18).

Recorrendo ao teste de Qui-Quadrado, obteve-se um *p-value* de 0,907, concluindo-se que a relação entre ambas não é estatisticamente significativa e que são variáveis independentes (Tabela 23).

Tabela 22: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável IMC

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Total		66	16,9%	325	83,1%
IMC	Sem excesso de peso	48	12,3%	227	58,1%
	Sobrepeso	1	0,3%	6	1,5%
	Obesidade	17	4,3%	92	23,5%
Total		66	16,9%	325	83,1%

FA segundo o IMC

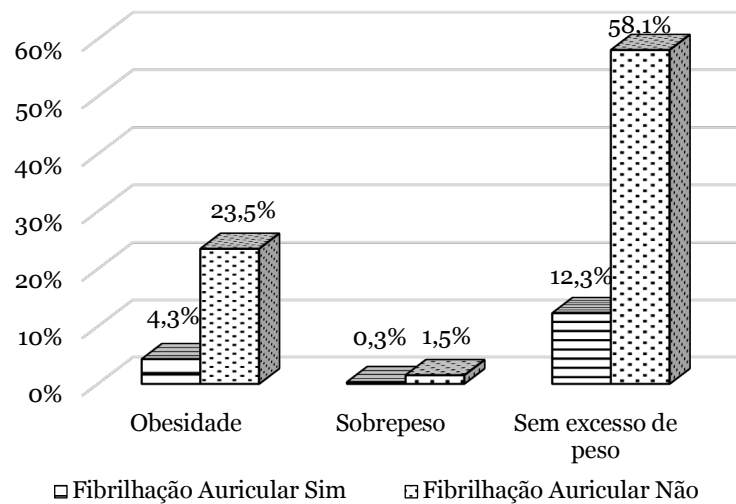


Gráfico 18: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e IMC

Tabela 23: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável IMC

Variáveis	<i>p-value</i>
IMC	0,907

3.3.6 SAOS e FA

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 (Tabela 24/Gráfico 19).

Realizando o teste de Qui-Quadrado, verifica-se um *p-value* de 0,444. Deste modo, a relação entre ambas não é estatisticamente significativa e, portanto, são variáveis independentes (Tabela 25).

Tabela 24: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável SAOS

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
SAOS	Não	59	15,1%	278	71,1%
	Sim	7	1,8%	47	12,0%
Total		66	16,9%	325	83,1%

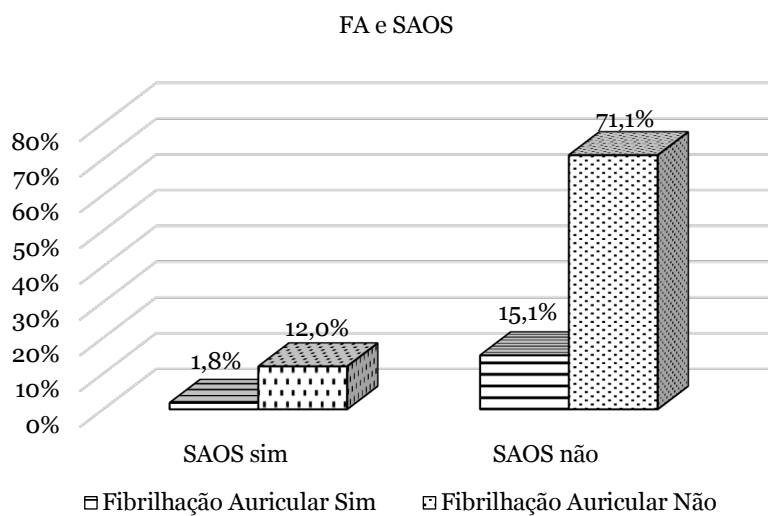


Gráfico 19: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e SAOS

Tabela 25: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável SAOS

Variáveis	<i>p-value</i>
SAOS	0,444

3.3.7 Hábitos tabágicos e FA

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) (Tabela 26/Gráfico 20).

Com a realização do teste de Qui-Quadrado, obteve-se um *p-value* de 0,154 (Tabela 27) pelo que a relação entre hábitos tabágicos e FA não é estatisticamente significativa e, portanto, são variáveis independentes.

Tabela 26: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável Hábitos tabágicos

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Hábitos tabágicos	Não Fumador	58	14,8%	251	64,2%
	Ex-fumador	4	1,0%	36	9,2%
	Fumador	4	1,0%	38	9,7%
Total		66	16,9%	325	83,1%

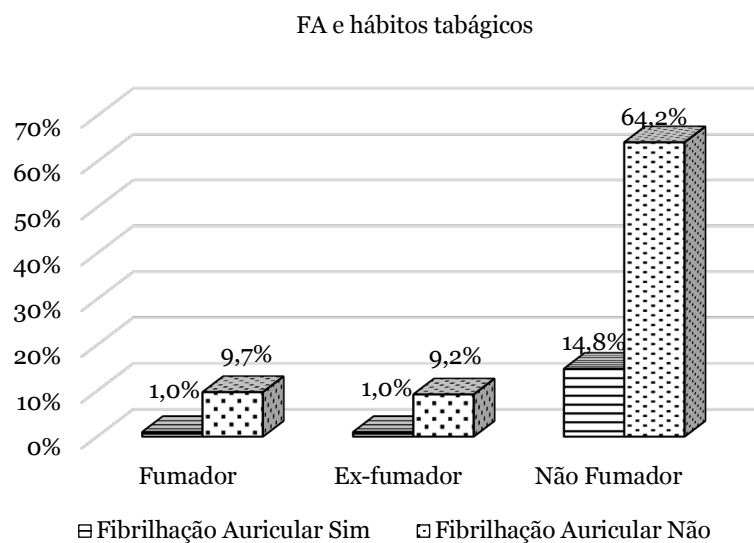


Gráfico 20: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e os hábitos tabágicos

Tabela 27: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável Hábitos Tabágicos

Variáveis	<i>p-value</i>
Hábitos tabágicos	0,154

3.3.8 AVC/AIT e FA

Na relação a 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 (Tabela 28/Gráfico 21).

Ao realizar o teste exato de Fisher, obteve-se um *p-value* de 0,173 (Tabela 23) pelo que a relação entre AVC/AIT e FA não é estatisticamente significativa e, portanto, são variáveis independentes (Tabela 29).

Tabela 28: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável AVC/AIT

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
AVC/AIT	AVC	3	0,8%	25	6,4%
	AIT	3	0,8%	5	1,3%
	Nenhum	60	15,3%	295	75,4%
Total		66	16,9%	325	83,1%

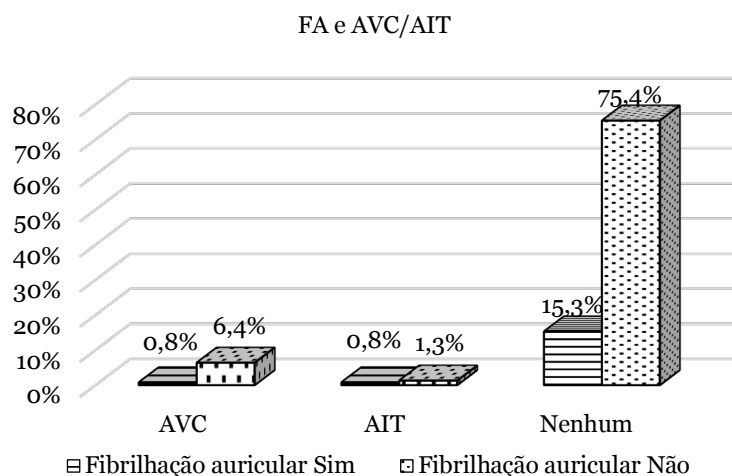


Gráfico 21: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e AVC/AIT

Tabela 29: Associação estatística, a través do teste exato de Fisher, entre FA e a variável AVC/AIT

Variáveis	<i>p-value</i>
AVC/AIT	0,173

3.3.9 EAM e FA

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 (Tabela 30/Gráfico 22).

Com a realização do teste de Qui-Quadrado, obteve-se um *p-value* de 0,861 (Tabela 31) pelo que a relação entre EAM e FA não é estatisticamente significativa e, portanto, são variáveis independentes.

Tabela 30: Frequências absolutas e relativas dos utentes da relação entre a variável FA com a variável EAM

Variável		Utentes com FA		Utentes sem FA	
		Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
EAM	Não	55	14,1%	265	67,8%
	Sim	11	2,8%	60	15,3%
Total		66	16,9%	325	83,1%

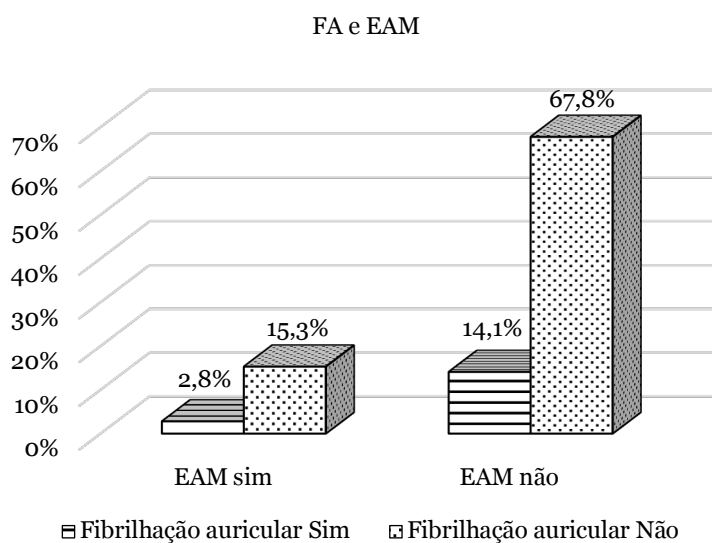


Gráfico 22: Gráfico de barras da frequência relativa da relação entre as variáveis FA e EAM

Tabela 31: Associação estatística, a través do teste de Qui-Quadrado, entre FA e a variável EAM

Variáveis	<i>p-value</i>
EAM	0,861

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).

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 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. De facto, para avaliar o risco tromboembólico, pode utilizar-se como recurso a escala CHA₂DS₂-VASc, que avalia se o utente tem um conjunto de fatores: insuficiência cardíaca, HTA, 75 ou mais anos de vida, DM, AVC/AIT/Tromboembolismo prévio, doença vascular (EAM prévio, doença arterial periférica ou placa aórtica), idade entre os 65 e 74 anos e por último, o género. Para além desta escala, deve averiguar-se também o risco hemorrágico com a utilização de outras escalas como a HAS-BLED. Esta, avalia se o paciente tem: HTA, disfunção renal ou hepática, AVC, historial de hemorragia ou predisposição a hemorragia, INR lábil, idade maior de 65 anos e por fim, abuso de álcool ou drogas. Se o *score* obtido em HAS-BLED for maior que 3, considera-se que este utente tem um alto risco hemorrágico (2,7,8,10).

Deste modo, os anticoagulantes orais devem ser considerados a partir de um *score* 1 no caso dos homens ou 2 no caso das mulheres obtidos pela escala de CHA₂DS₂-VASc, tendo em conta sempre o risco hemorrágico calculado e as preferências do utente (2).

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, uma vez que por exemplo, utentes com válvulas cardíacas mecânicas ou estenoses mitrais moderadas a graves, está contraindicado o uso dos novos anticoagulantes, devendo assim ser prescrito um antagonista da Vitamina K (2). Outro exemplo, seria a contraindicação da

utilização de Acenocumarol ou Varfarina, ambos antagonistas da Vitamina K, na gravidez devido aos seus possíveis efeitos teratogénicos (15). Destaca-se também o facto de que estes novos ACO, têm demonstrado ser melhores na prevenção de eventos tromboembólicos e têm a vantagem de não necessitarem de um controlo rigoroso dos níveis da Razão Normalizada Internacional (INR) (10).

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, sendo que este valor se encontra longe dos 57% da população geral apresentados no Retrato da Saúde de 2018 (17). 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 ex-fumadores 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 ($p=0,154$).

Estima-se que os utentes com FA têm cerca de 3 a 5 vezes mais risco de sofrer um AVC, e que 15% dos AVC ocorrem no contexto de FA. Este risco aumentado de AVC deve-se ao facto de que, ao não existir uma contração auricular, a resultante estase sanguínea, aumenta o risco tromboembólico. Em paralelo, outros fatores como aterosclerose de grandes artérias, disfunção ventricular sistólica e oclusão de pequenas artérias cerebrais aumentam o risco de AVC (6, 22).

Arritmias supraventriculares, incluindo a FA, associam-se muitas vezes ao EAM pelo facto de que neste, existe uma excessiva atividade simpática, um estiramento atrial por sobrecarga dos ventrículos, hipoxia ou enfarte atrial. Cabe destacar também que numa FA com uma resposta ventricular rápida, contribui para a isquemia do miocárdio (23,24).

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.

Sendo a FA uma arritmia tão prevalente a nível global, esta investigação é importante para a prática clínica, uma vez que esta patologia passa despercebida por ser muitas vezes assintomática, alertando os profissionais de saúde acerca da necessidade do diagnóstico precoce desta arritmia, uma vez que acarreta um aumento da mortalidade global e morbidade dos indivíduos afetados e também custos aumentados para o Sistema Nacional de Saúde (9).

No futuro, uma vez que muitos fatores de risco associados à FA podem ser controlados e tratados, seria importante reforçar o papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção destes, de modo a diminuir o risco de FA nos seus utentes e a diagnosticar mais precocemente aqueles utentes já afetados. Para além do referido, seria benéfico desenvolver estudos que relatem se seria vantajoso ou não um rastreio da arritmia à população generalizada, uma vez que esta é a arritmia mais prevalente na prática clínica.

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 suportar.

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 existem.

6. Bibliografia


1. 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.
2. 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.
3. 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>
4. 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.
5. 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.
6. Kathryn M. Ryder, Emelia J. Benjamin. Epidemiology and Significance of Atrial Fibrillation. *Am J Cardiol* 1999;84:131R-138R
7. 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.
8. Zimetbaum P. In the clinic. Atrial fibrillation. *Annals of internal medicine*. 2010;153(1):ITC61-ITC616
9. 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.
10. 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.

11. 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>
12. 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.
13. Ascensão P. Fibrilhação auricular tromboembolismo. *Rev Port Clin geral*. 2006;22:13–24.
14. 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.
15. 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)
16. 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.
17. Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018. p. 14,18.
18. Vizzardì E, Sciatti E, Bonadei I, D'Aloia A, Curnis A, Metra M. Obstructive sleep apnoea-hypopnoea and arrhythmias: New updates. *J Cardiovasc Med*. 2014;15:000-000.
19. 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>
20. 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>.

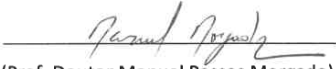
21. Qureshi WT, Nasir U Bin, Alqalyoobi S, O'Neal WT, Mawri S, Sabbagh S, et al. Meta-Analysis of Continuous Positive Airway Pressure as a Therapy of Atrial Fibrillation in Obstructive Sleep Apnea. *Am J Cardiol* [Internet]. 2015;116(11):1767–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.08.046>
22. Kamel H, Okin PM, Elkind MSV, Iadecola C. Atrial Fibrillation and Mechanisms of Stroke: Time for a New Model. *Stroke*. 2016;47(3):895–900.
23. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, De Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of st-elevation myocardial infarction: A report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(4):78–140.
24. Bosch NA, Cimini J, Walkey AJ. Atrial Fibrillation in the ICU. *Chest* [Internet]. 2018;154(6):1424–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.03.040>

Anexos

Anexo 1: Autorização da Comissão de Ética do CHUCB:

	IMPRESSO		
	Parecer da Comissão de Ética para a Saúde		
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Código: CHCB.IMP.COMET.01	Edição: 5	Revisão: 0

Parecer nº: 12/2020	Data: 2020.02.05
Assunto: Estudo nº 53/2019- "Fibrilhação auricular: Incidência, prevalência e percentagem de anticoagulados numa consulta do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira"	

Membros da CES do CHCB:	Exma. Senhora Investigadora: Maria Margarida de Carvalho Vilarinho
Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico)	A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2020.02.03 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 53/2019- "Fibrilhação auricular: Incidência, prevalência e percentagem de anticoagulados numa consulta do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira"
Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social)	Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Enf. Maria Gabriela Ramalhinho Dra. Maria Teresa Bordalo Santos Dr. Luís Manuel Ribeiro Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro
Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico)	Parecer: Apreciado o projeto do estudo e os requisitos adicionais respondidos foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização, com a observação: de que o título do estudo não deveria referir ".....percentagem de anticoagulados..." ,mas sim "...percentagem de hipocoagulados..." .
Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga)	Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista)	A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.
Dr. António Luciano Costa (Técnico)	O Presidente da CES do CHUCB  (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)

