

Prevenção do AVC na Fibrilhação Auricular Não Valvular: Papel dos Novos Anticoagulantes Orais

Carlos Aguiar*



Dr. Carlos Aguiar

A Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia crónica mais prevalente. O envelhecimento da população e outros factores fazem antever um crescimento da incidência e da prevalência da FA.

O prognóstico da FA é marcado, sobretudo, pelos fenómenos tromboembólicos a que está associada: a FA não valvular (definida como FA não associada a doença valvular reumática ou prótese valvular cardíaca) aumenta em quatro a cinco vezes o risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico. Em cada seis AVC isquémicos, um de-

ve-se à FA. A proporção de AVCs isquémicos atribuíveis à FA aumenta com a idade, chegando a 25% a partir dos 80 anos. Os AVCs causados pela FA têm maior gravidade e pior prognóstico.

Existem vários "scores" para estratificação do risco de tromboembolismo arterial em doentes com FA não valvular; todos eles categorizam o risco tromboembólico em elevado, moderado ou baixo. Nos doentes com risco elevado, a terapêutica anti-trombótica recomendada é a anticoagulação oral; nos de risco baixo, é a aspirina ou nenhuma; nos de risco moderado, a terapêutica anti-trombótica deve ser decidida caso-a-caso, embora se deva preferir a anticoagulação oral (contudo, os inconvenientes da anticoagulação oral padrão - anti-vitâmicos K, sobretudo a varfarina - fazem com que a aspirina seja a terapêutica escolhida em muitos destes casos, sobretudo nos doentes mais idosos).

A aplicação do "score" CHA₂DS₂-VASc (Quadro I), actualmente recomendado pela Sociedade Europeia de Cardiologia como método de estratificação do risco tromboembólico, em substituição do "score" CHADS₂, vem aumentar significativamente o número de doentes com FA não valvular elegíveis para anticoagulação oral; esse aumento

justifica um maior cuidado na avaliação do risco hemorrágico e o uso de novos anticoagulantes mais seguros. Em comparação com os anti-vitâmicos-K, os novos anticoagulantes orais têm em comum uma redução marcada da incidência de hemorragia

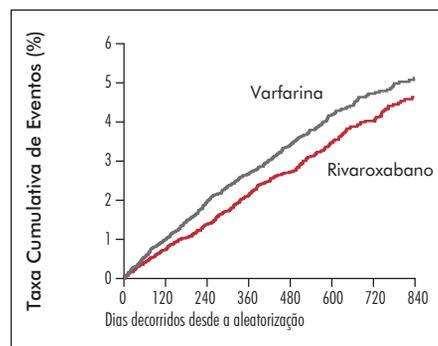


Figura 1 - Estudo ROCKET-AF: "endpoint" primário na população "intenção de tratar".

intracraniana (complicação mais temida da anticoagulação oral) que é responsável por 90% das mortes relacionadas com a varfarina. O estudo clínico ROCKET-AF, comparou, a nível de eficácia e segurança, o primeiro inibidor directo oral do Factor Xa rivaroxabano com a varfarina, em doentes com FA não valvular em risco moderado a elevado, e mostrou eficácia semelhante (Figura 1) com incidência significativamente inferior de hemorragia intracraniana e de hemorragia fatal nos doentes tratados com rivaroxabano. Este resultado conduziu à aprovação do rivaroxabano pela EMA para a prevenção do AVC e embolismo sistémico em doentes adultos com FA não-valvular, com um ou mais factores de risco.

No futuro próximo, os novos anticoagulantes orais, como o rivaroxabano, tão ou mais eficazes quanto os anti-vitâmicos-K, mas mais seguros e mais cómodos para o doente e o médico (dado que dispensam a monitorização de rotina da coagulação) permitirão aumentar o número de doentes com FA não valvular anticoagulados, correspondendo ao desiderato da aplicação do "score" CHA₂DS₂-VASc. ■

Quadro I - Cálculos dos "scores" de risco CHADS₂ e CHA₂DS₂-VASc.

Score CHADS ₂	Score CHA ₂ DS ₂ -VASc
• C: ICC ou FEVE≤40% 1 ponto	• C: ICC ou FEVE≤40% 1 ponto
• H: Hipertensão 1 ponto	• H: Hipertensão 1 ponto
• A: Idade ≥ 75 anos 1 ponto	• A ₂ : Idade ≥ 75 anos 2 pontos
• D: Diabetes 1 ponto	• D: Diabetes 1 ponto
• S ₂ : AVC/AIT prévio 2 pontos	• S ₂ : AVC/AIT prévio 2 pontos
	• V: EAM, DAP, Plac Ao 1 ponto
	• A: Idade 65-74 anos 1 ponto
	• Sc: Mulher 1 ponto

* Cardiologista, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.