

COMENTÁRIO EDITORIAL

Triagem eficaz da fibrilação auricular: uma meta a atingir

José Silva-Cardoso

INTRODUÇÃO

A fibrilação auricular (FA) é a arritmia sustentada mais frequente na prática clínica, ocorrendo em 1 a 2% da população (1). Mais de 6 milhões de europeus têm FA e a sua prevalência duplicará nos próximos 50 anos (1). Esta aumenta com a idade, sobretudo acima dos 60 anos (2).

Cerca 20 a 30% de todos os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são devidos à FA (3). Os AVCs associados à FA são mais frequentemente fatais, mais incapacitantes, mais recidivantes e mais onerosos para o sistema de saúde (1).

A abordagem da FA começa com o diagnóstico inicial da mesma. Contudo, muitos destes doentes permanecem assintomáticos e, por isso, diagnóstico é muitas vezes tardio, ocorrendo só após uma complicação grave (3). Assim, a triagem eficaz da Fibrilação Auricular torna-se crucial para diminuir o impacto desta arritmia no doente e na sociedade.

RESUMO DO ARTIGO

A Kardia Band (KB) é um dispositivo recente que permite ao doente gravar uma tira de ritmo usando um Smartwatch. Estes dados são enviados por *Bluetooth* para um Smartphone, o qual dispõe de um algoritmo de identificação automática da FA.

A KB é o primeiro smartwatch aprovado pela FDA que, embora sem fundamentação científica que o comprove, anuncia ser capaz de detectar a presença de FA e de transmitir esta informação ao médico responsável pelo utente. Está disponível para o público em geral sem receita médica.

O estudo de Bumgarner JM, et al. visou justamente colmatar a lacuna científica referida e comparou o desempenho do algoritmo da KB com o de cardiologistas

na discriminação entre ritmo sinusal (RS) e FA. Os cardiologistas analisaram gravações da KB e eletrocardiogramas de 12 derivações (ECGs), registados concomitantemente.

Foram incluídos doentes com FA candidatos a cardioversão (CV). Estes efetuaram, em simultâneo, uma gravação da KB e um ECG, quer antes, quer após a CV (nos casos em que a CV foi efetivamente realizada).

Obtiveram-se 169 gravações simultâneas do ECG e da KB. Dentre elas, 57 foram consideradas inclassificáveis pelo algoritmo da KB; estes registos da KB foram então analisados pelos cardiologistas os quais diagnosticaram FA com uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 80%, tendo como referência o ECG interpretado por outro cardiologista. Nos restantes casos em que as gravações da KB foram classificáveis pelo algoritmo, este, tendo como referência o ECG analisado pelos cardiologistas, foi capaz de discriminar a presença de FA com uma sensibilidade de 93%, uma especificidade de 84% e um coeficiente $K = 0,77$. Nos 113 casos em que as gravações da KB foram classificáveis pelo algoritmo e lidas também pelos cardiologistas, o acordo foi excelente (coeficiente $K = 0,88$).

Os autores concluem que o algoritmo KB para a detecção automática de FA, adjuvado pela supervisão de um médico, pode diferenciar com precisão a FA do RS. Esta tecnologia pode, pois, ser útil para a triagem de FA em casos selecionados.

IMPLICAÇÕES PARA O MUNDO LUSÓFONO

Em Portugal aproximadamente 121 800 pessoas (2,5% dos maiores de 40 anos) têm FA, sendo fatores de risco para a sua ocorrência o sexo masculino, o avançar da idade, a falta de exercício físico, o aumento do Índice de Massa Corporal e a presença de hipertensão arterial (4).

No Brasil estima-se que existam em torno de 1,5 milhões de doentes com FA, com uma predominância das faixas etárias mais avançadas (5).

Entre os doentes vítimas de AVC tem-se observado, de forma progressivamente mais frequente, a existência prévia de uma FA assintomática (3). Adicionalmente, é importante ter em mente que a FA paroxística comporta um risco de ocorrência de AVC semelhante ao associado à FA persistente, ou permanente (1). Estes fatores constituem barreiras à prescrição adequada dos anticoagulantes, os quais são a única intervenção que mostrou de forma inequívoca reduzir os AVCs e as mortes associadas à FA (1).

No estudo FAMA, que rastreou a presença de FA em Portugal e foi publicado em 2010, verificou-se que 36% dos doentes aos quais foi diagnosticada a arritmia não tinham conhecimento prévio de serem portadores da mesma (4). Por outro lado, apenas 38% dos doentes com o diagnóstico de FA já anteriormente estabelecido estavam efetivamente medicados com anticoagulantes orais (4).

Em Portugal, no ano 2010, ocorreram 4070 mortes atribuíveis à FA, correspondendo a 3,8% do total das mortes ocorridas nesse ano (6). O total estimado dos custos diretos atribuíveis à FA foi de 115 milhões de

euros, adicionado de 25 milhões de euros de custos indiretos (6).

Estes dados tornaram evidente uma urgente necessidade de alterar o panorama da abordagem desta arritmia, esforço que foi envidado nos anos subsequentes, com uma campanha de educação da população, dos doentes e dos médicos, no sentido de promover o diagnóstico e o tratamento apropriados desta arritmia.

CONCLUSÕES

Tendo em conta a elevada prevalência da FA, a gravidade das suas complicações e a frequente ausência de diagnóstico da mesma, parece útil estabelecer programas de rastreio, pelo menos nas pessoas com mais de 75 anos e naquelas com mais fatores de risco para desenvolver esta arritmia. Uma tal estratégia poderá maximizar o número de casos identificados por forma a providenciar a terapêutica adequada (3,4).

Neste sentido, a comprovar-se em futuros estudos mais alargados a utilidade clínica das tecnologias não-invasivas de tele-monitorização personalizadas para a deteção da Fibrilação Auricular, estas poderão vir a constituir um avanço importante na abordagem destes doentes.

REFERÊNCIAS

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2010;31(19):2369-429. doi: 10.1093/eurheartj/ehq278.
2. Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, et al. Prevalence, Age Distribution, and Gender of Patients With Atrial Fibrillation. Analysis and Implications. *Arch Intern Med*. 1995;155(5):469-473. doi:10.1001/archinte.1995.00430050045005.
3. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2016;37:2893- 2962. doi:10.1093/eurheartj/ehw210.
4. Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, Sousa J, Primo J, Leiria E, Rocha I. Prevalence of atrial fibrillation in the Portuguese population aged 40 and over: the FAMA study. *Rev Port Cardiol*. 2010;29:331-50.
5. Zimerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2009;92(6 supl.1):1-39.
6. Gouveia M, Costa J, Alarcão J, et al. Carga e custo da fibrilhação auricular em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2015;34:1-11.