

# Impedimentos à Prescrição de Anticoagulação na Fibrilhação Auricular e Atitude Face aos Novos Anticoagulantes Orais



## Restraints to Anticoagulation Prescription in Atrial Fibrillation and Attitude Towards the New Oral Anticoagulants

Tiago PEREIRA-DA-SILVA<sup>1</sup>, Teresa SOUTO MOURA<sup>2</sup>, Luísa AZEVEDO<sup>2</sup>, Margarida SÁ PEREIRA<sup>2</sup>, Daniel VIRELLA<sup>3</sup>, Marta ALVES<sup>3</sup>, Luís BORGES<sup>2</sup>

Acta Med Port 2013 Mar-Apr;26(2):127-132

### RESUMO

**Introdução e Objetivos:** Avaliar a taxa de prescrição de anticoagulantes orais na fibrilhação auricular, os fatores associados à não prescrição, os motivos referidos pelos clínicos para não prescrição de anticoagulantes incluindo os de nova geração e realizar estudo evolutivo a médio prazo.

**Material e Métodos:** Estudo prospetivo sobre casos consecutivos de doentes com fibrilhação auricular com alta hospitalar. Registaram-se os scores CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc e HASBLED, comorbilidades associadas e a medicação prévia e à data de alta. Na alta hospitalar, o médico assistente indicou em questionário o motivo de não prescrição de anticoagulantes orais e dos novos anticoagulantes orais. Exclusão: contra-indicação absoluta para anticoagulação, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc ≤ 1 e doença valvular. Os doentes foram reavaliados um ano após o recrutamento do primeiro doente.

**Resultados:** Identificaram-se 103 candidatos a anticoagulação oral (79,6 ± 8,0 anos; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc 5,8 ± 1,4; HASBLED 2,6 ± 1,0; HASBLED ≥ 3 em 55,3%); os anticoagulantes foram prescritos em 34,0%. Fatores associados à não prescrição por ordem decrescente de relevância: uso prévio de antiagregantes, doente acamado e/ou demente, ausência de insuficiência cardíaca e número de fatores de risco hemorrágico. Razões invocadas para não prescrição por ordem decrescente de frequência: risco hemorrágico elevado, pequeno benefício, incapacidade de seguir o esquema terapêutico e dificuldade na monitorização da razão normalizada internacional (INR). Os novos anticoagulantes não foram prescritos e as razões invocadas foram, por ordem decrescente de frequência: informação insuficiente sobre estes fármacos, risco hemorrágico elevado, custo elevado e pequeno benefício. Aos 8,2 ± 2,5 meses de estudo evolutivo 33,3% dos doentes encontravam-se sob anticoagulação sem que os novos anticoagulantes tivessem sido prescritos.

**Conclusões:** Nesta amostra, a taxa de prescrição de anticoagulação oral foi baixa e o fator mais associado à não prescrição foi o uso prévio de antiagregantes. O impedimento à prescrição mais referido foi o risco hemorrágico, seguido do pequeno benefício reconhecido. Os principais impedimentos referidos à prescrição dos novos anticoagulantes foram a informação insuficiente e o alto risco hemorrágico. A médio prazo, a proporção de doentes sob anticoagulação mantinha-se baixa e os novos anticoagulantes não tinham sido prescritos.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral/prevenção & controlo; Administração Oral; Anticoagulantes; Fibrilhação Auricular.

### ABSTRACT

**Introduction and Objectives:** To evaluate the prescription rate of oral anticoagulants in atrial fibrillation, the factors associated with non-prescription, the reasons referred by the physicians for not prescribing anticoagulants including the new generation anticoagulants, and to perform a medium term follow-up assessment.

**Materials and Methods:** Prospective study on consecutive patients with atrial fibrillation with hospital discharge. The CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc and HASBLED scores, associated comorbidities and medication prescribed before and at discharge were assessed. At discharge, the reason for not prescribing oral anticoagulants and the new oral anticoagulants was indicated by the physician in a questionnaire. Exclusion: absolute contraindication for anticoagulation, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc ≤ 1 and valvular disease. Follow-up data were obtained one year after the recruitment of the first patient.

**Results:** 103 candidates for oral anticoagulants were identified (79.6 ± 8.0 years; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc 5.8 ± 1.4; HASBLED 2.6 ± 1.0; HASBLED ≥ 3 in 55.3%); the anticoagulants were prescribed in 34.0% of the candidates. The factors associated with non-prescription were, in decreasing order of relevance: previous use of antiplatelet agents, bedridden and/or demented patient, absence of heart failure and number of bleeding risk factors. The reasons referred by physicians for non-prescription were, in decreasing order of frequency: high bleeding risk, small benefit, inability to comply with the treatment regimen and difficulty in monitoring the international normalized ratio (INR). The new anticoagulants were not prescribed and the referred reasons were, in decreasing order of frequency: insufficient information on the drugs, high bleeding risk, high cost and small benefit. At 8.2 ± 2.5 months of follow-up 33.3% of the patients were on anticoagulation and the new anticoagulants had not been prescribed.

**Conclusions:** In this sample, the anticoagulants prescription rate was low and the factor most associated with non-prescription was the previous use of antiplatelet agents. Bleeding risk was the most referred barrier for prescription, followed by a small recognized benefit. The main referred barriers for new anticoagulants prescription were insufficient information and high bleeding risk. At medium-term follow-up the proportion of patients under anticoagulation was still low and the new anticoagulants had not been prescribed.

**Keywords:** Administration, Oral; Anticoagulants; Atrial Fibrillation; Stroke/prevention & control.

1. Serviço de Cardiologia. Hospital de Santa Marta (CHLC). Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Medicina Interna 1.4. Hospital de São José (CHLC). Lisboa. Portugal.

3. Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística, Centro de Investigação (CHLC). Lisboa. Portugal.

Recebido: 31 de Agosto de 2012 - Aceite: 29 de Janeiro de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013

## INTRODUÇÃO

A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda o uso de anticoagulantes orais (ACO) na fibrilhação auricular (FA) para profilaxia de acidente vascular cerebral (AVC), com base na avaliação do risco tromboembólico determinado pelo *score* CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc e do risco hemorrágico determinado pelo *score* HASBLED.<sup>1</sup> Vários estudos, incluindo portugueses, evidenciaram que os ACO nem sempre são prescritos quando estão indicados.<sup>2-4</sup> No entanto, poucos estudos se basearam nos referidos *scores* recentemente aprovados,<sup>5</sup> ou avaliaram prospetivamente, em meio hospitalar, as razões (além de *scores*) que o clínico considera ao não prescrever ACO.<sup>6</sup> Também não está estudado o impacto da recente aprovação dos anticoagulantes orais de nova geração (ACONG).

É importante reconhecer as razões que afastam clínicos portugueses das referidas recomendações, para que se possa melhorar a adesão às mesmas.<sup>7</sup>

Por estes motivos, estudou-se a adesão dos clínicos às recomendações de prescrição de ACO na FA não valvular, os fatores associados à não prescrição e os motivos de não prescrição referidos pelos clínicos, incluindo os motivos de não prescrição de ACONG. Foi realizado também estudo evolutivo a médio prazo sobre a medicação antitrombótica e eventos clínicos eventualmente relacionados com essa medicação.

## MATERIAL E MÉTODOS

Projeto aprovado pelo conselho de administração e conselho de ética do centro hospitalar onde foi realizado o estudo. Análise prospetiva de casos consecutivos de doentes com alta hospitalar de um serviço de medicina interna de um centro hospitalar terciário da Área Metropolitana de Lisboa, entre 27/4/2011 e 30/10/2011. Foi recrutada uma amostra sistemática, de conveniência, dos doentes com o diagnóstico principal ou adicional de FA ou *flutter* auricular, de acordo com a classificação internacional das doenças (CID-10, IX-I48). Em caso de reinternamento, considerou-se apenas o internamento mais recente.

Com base no processo clínico, foram registadas as variáveis incluídas nos *scores* CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc e HASBLED, comorbilidades associadas a aumento do risco hemorrágico e ainda a medicação antiagregante plaquetar ou anticoagulante prévia ao internamento e prescrita à data de alta.

Os *scores* de risco CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc e HASBLED foram calculados pelos investigadores. Os mesmos podem não ter sido calculados pelos médicos assistentes, ao decidirem prescrever ou não anticoagulação oral.

No momento da alta, foi aplicado ao médico assistente um questionário específico sobre o motivo principal para não prescrição de ACO, com as seguintes opções: incapacidade de o doente cumprir o esquema terapêutico (incluindo doente com défice cognitivo ou doença psiquiátrica sem prestador de cuidados de saúde); recusa de anticoagulação pelo doente; risco hemorrágico elevado e considerado superior ao benefício; benefício pequeno atendendo

ao estado geral do doente; dificuldade na monitorização da razão normalizada internacional (INR); e outros motivos.

Nos casos em que a alta ocorreu depois da aprovação do primeiro ACONG, o médico indicou noutra questão específico o motivo principal para não prescrição de ACONG, independentemente de um antagonista da vitamina K ter sido prescrito ou não. As opções contempladas foram: incapacidade de o doente cumprir o esquema terapêutico (incluindo doente com défice cognitivo ou doença psiquiátrica sem prestador de cuidados de saúde); recusa de anticoagulação pelo doente; risco hemorrágico elevado e considerado superior ao benefício; benefício pequeno atendendo ao estado geral do doente; informação insuficiente sobre os ACONG; custo elevado; e outros motivos.

Os motivos registados para não prescrição de ACO e ACONG foram considerados independentemente de os médicos assistentes estarem ou não condicionados pelo conhecimento dos resultados dos *scores* referidos.

Foram considerados como critérios de exclusão: contra-indicação absoluta para uso de ACO; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc ≤ 1 (dado o uso de ACO ser opcional); doença mitral moderada ou grave conhecida ou prótese valvular mecânica.

Cerca de um ano após o recrutamento do primeiro doente, foram reavaliados todos os doentes da amostra selecionada. Os dados deste estudo evolutivo foram obtidos por contato telefónico e por consulta dos registos informáticos do centro hospitalar. Foi essencialmente avaliada a medicação antitrombótica. Foram também registados os eventos clínicos eventualmente relacionados com esta medicação, nomeadamente complicações isquémicas (AVC isquémico ou outra), hemorragias *major* (necessidade de internamento hospitalar ou de terapêutica transfusional, AVC hemorrágico, motivando descompensação de doença cardíaca ou causando óbito), hemorragias *minor* (hemorragia não classificável como *major*) e óbito por eventos isquémicos ou hemorrágicos. Para a análise específica dos eventos mencionados, apenas foi considerado o período no qual os doentes mantiveram o esquema terapêutico de antiagregação ou anticoagulação prescrito aquando da alta hospitalar, independentemente de se tratar de ACONG ou não.

## Análise estatística

Foi efetuada análise exploratória de todas as variáveis em estudo. As características dos doentes foram representadas por frequências e percentagens para dados nominais, pela mediana, mínimo e máximo para dados ordinais e pela média e desvio padrão para dados quantitativos. Para determinar as associações entre variáveis categóricas foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher (quando necessário). Para comparar a idade, o *score* CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc e o *score* HASBLED entre os doentes com alta sob e sem ACO foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foram determinados os fatores associados à não prescrição através de modelo de regressão logística univariável e multivariável. Foi ainda avaliada a correlação

entre os dois *scores* em estudo (correlação de Spearman). O nível de significância considerado foi  $\alpha = 0,05$ . A análise de dados foi efetuada utilizando o *software* Statistical Package for the Social Science for Windows versão 16.0 (SPSS Inc, Chicago IL).

## RESULTADOS

Dos 121 doentes com diagnóstico de FA / flutter auricular, foram excluídos 18: 10 por AVC isquémico extenso com menos de duas semanas de evolução, quatro por doença valvular mitral ou prótese mecânica, três por história de AVC hemorrágico e um por CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc  $\leq 1$ . Foram identificados 103 candidatos a anticoagulação oral. Destes, 52 (50,5%) tiveram alta sob antiagregação única, 35 (34,0%) sob anticoagulação, nove (8,7%) sem anticoagulação ou antiagregação, sete (6,8%) sob antiagregação dupla e nenhum sob combinação de anticoagulação e antiagre-

gação. A Tabela 1 apresenta as principais características dos doentes que tiveram alta sob ACO (34,0%) e sem ACO (66,0%).

A pontuação HASBLED foi  $\geq 3$  em 55,3% da amostra. A correlação entre as pontuações dos *scores* CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc e HASBLED foi positiva ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,001$ ).

Pela análise univariável os fatores associados à não prescrição de ACO foram: o número total de fatores de risco predisponentes a hemorragia, nomeadamente fatores que pudessem ser considerados na variável B do *score* HASBLED ( $p < 0,001$ ); o uso prévio de antiagregantes plaquetares ( $p < 0,001$ ); história prévia de hemorragia significativa e/ou predisposição para hemorragia ( $p = 0,002$ ); doente acamado e/ou com demência avançada ( $p = 0,004$ ); anemia ( $p = 0,030$ ); INR lábil ( $p = 0,042$ ); idade mais avançada ( $p = 0,043$ ); género feminino ( $p = 0,046$ ) e ausência de insuficiência cardíaca ( $p = 0,048$ ). Na análise multivariá-

Tabela 1 - Comparação entre os doentes sob e sem anticoagulantes orais.

	Total (N = 103)		Sob anticoagulação (N = 35)		Sem anticoagulação (N = 68)		p
Idade (anos) (média $\pm$ DP)	79,6 $\pm$ 8,0		80,0 $\pm$ 8,0		80,4 $\pm$ 7,9		0,043
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc (média $\pm$ DP)	5,8 $\pm$ 1,4		5,8 $\pm$ 1,5		5,8 $\pm$ 1,4		0,886
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
C – insuficiência cardíaca	76	(73,8)	30	(85,7)	46	(67,6)	0,048
H – hipertensão arterial	94	(91,3)	31	(88,6)	63	(92,6)	0,724
A <sub>2</sub> – idade $\geq 75$ anos	82	(79,6)	27	(77,1)	55	(80,9)	0,656
D – diabetes <i>mellitus</i>	32	(31,1)	12	(34,3)	20	(29,4)	0,613
S <sub>2</sub> – acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório ou episódio tromboembólico	37	(35,9)	12	(34,3)	25	(36,8)	0,804
V – doença vascular	64	(62,1)	24	(68,6)	40	(58,8)	0,334
A – idade 65-74 anos	13	(12,6)	6	(17,1)	7	(10,3)	0,490
S – género feminino	77	(74,8)	22	(62,9)	55	(80,9)	0,046
HASBLED (média $\pm$ DP)	2,6 $\pm$ 1,0		2,4 $\pm$ 0,9		2,7 $\pm$ 1,1		0,336
HASBLED $\geq 3$	57	(55,3)	20	(57,1)	37	(54,4)	0,685
H – pressão arterial sistólica $> 160$ mmHg sob terapêutica	7	(6,8)	3	(8,6)	4	(5,9)	0,889
A – disfunção renal e/ou hepática	8	(7,8)	3	(8,6)	5	(7,4)	0,818
S – acidente vascular cerebral	37	(35,9)	12	(34,3)	25	(36,8)	0,804
B – história prévia de hemorragia significativa e/ou predisposição para hemorragia	78	(75,7)	20	(57,1)	58	(85,3)	0,002
L – INR lábil / alto / tempo insuficiente na faixa terapêutica	11	(10,7)	7	(20,0)	4	(5,9)	0,042
E – idade $\geq 65$ anos	95	(92,2)	33	(94,3)	62	(91,2)	0,895
D – consumo de álcool, antiagregante plaquetar ou anti-inflamatório não esteróide	30	(29,1)	6	(17,1)	24	(35,3)	0,054
Doente acamado e/ou com demência avançada	32	(31,1)	4	(11,4)	28	(41,2)	0,004
Nº de fatores de risco hemorrágico que pontuam "B" no <i>score</i> HASBLED (média)	1,2		0,7		1,4		<0,001

Notas: Cada variável dos *scores* referidos foi definida conforme as recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia<sup>1</sup>; cada doente pode ter mais do que um fator de risco hemorrágico a pontuar na variável B do *score* HASBLED, mas a pontuação máxima da variável B é 1.

vel, permaneceram significativos como fatores associados à não prescrição: uso prévio de antiagregantes plaquetares (OR: 15,60; IC 95%: 4,34 - 56,10;  $p < 0,001$ ), doente acamado e/ou com demência avançada (OR: 7,31; IC 95%: 1,68 - 31,87;  $p = 0,008$ ), ausência de insuficiência cardíaca (OR: 6,79; IC 95%: 1,37 - 33,78;  $p = 0,019$ ) e número de fatores de risco predisponentes a hemorragia (OR: 5,28; IC 95%: 2,06 - 13,55;  $p = 0,001$ ).

As razões referidas pelo médico para não prescrição foram: risco hemorrágico elevado (56%), pequeno benefício (22%), incapacidade de seguir o esquema terapêutico (10%), dificuldade na monitorização do INR (7%), recusa do doente (4%) e outros motivos (1%).

A aprovação do primeiro ACONG no contexto da FA (dabigatrano) data de 1 de Agosto de 2011 [EC C(2011)5694 final 1/8/2011 e EMEA/H/C/000829/X/0013/G], três meses após o início do estudo. Dos 103 candidatos referidos, 54 tiveram alta antes e 49 após a aprovação do dabigatrano para profilaxia de AVC na FA. Desde a sua aprovação, o dabigatrano não foi prescrito em qualquer caso e as razões apontadas foram: informação insuficiente sobre os ACONG (39%), risco hemorrágico elevado (33%), custo elevado (16%), pequeno benefício (10%), recusa do doente (1%) e outros motivos (1%).

Da coorte incluída no estudo evolutivo, foi obtida informação suficiente em 90 doentes (87,4%). Os dados foram obtidos a partir de registos informáticos do centro hospitalar em 42,2%, por contato telefónico em 30,0% e por ambos em 27,8%. O tempo de seguimento foi de  $8,2 \pm 2,5$  meses. No final desse período, 42 doentes (46,7%) encontravam-se sob antiagregação única, 26 (28,9%) sob anticoagulação, 12 (13,3%) sem anticoagulação ou antiagregação, seis (6,7%) sob antiagregação dupla e quatro (4,4%) sob combinação de anticoagulação e antiagregação. No total, 33,3% estavam sob ACO. Nenhum dos doentes esteve medicado com ACONG.

Em dez doentes houve alteração do esquema antitrom-

bótico prescrito à data de alta. Excluindo o período após a referida alteração, os doentes permaneceram sob o mesmo esquema antitrombótico em média  $6,7 \pm 3,0$  meses. A Tabela 2 descreve os eventos eventualmente relacionados com a terapêutica antitrombótica ocorridos durante este período.

As taxas de incidência dos eventos analisados não diferiram significativamente entre os doentes sob e sem anticoagulação (independentemente de estarem ou não sob antiagregação) (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

Sendo a FA e o AVC isquémico muito frequentes, particularmente em doentes internados, é importante avaliar a adesão dos clínicos hospitalares às recomendações de trombotoprofilaxia e os motivos que afastam clínicos destas recomendações, com o propósito de melhorar a adesão.<sup>7</sup>

Tendo em vista as atuais recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia<sup>1</sup> e as recomendações da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares,<sup>8</sup> a taxa de adesão dos clínicos à prescrição de ACO na FA em meio hospitalar foi baixa. A baixa adesão às recomendações é comparável à reportada em estudos prévios,<sup>3</sup> inclusive em estudos portugueses,<sup>2,4</sup> quer estes se tenham baseado no score CHADS<sub>2</sub>, quer nos mais recentemente aprovados CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc e HASBLED,<sup>2,4</sup> embora ainda existam poucos estudos baseados nestes novos scores. Taxa igualmente baixa foi registada noutro estudo prospetivo em meio hospitalar.<sup>6</sup>

Para avaliar a realidade da prática clínica atual, foram determinados os motivos que afastam os clínicos das recomendações de prescrição de anticoagulação na fibrilhação auricular, utilizando duas estratégias. Determinaram-se os fatores associados à não prescrição, permitindo uma avaliação quantitativa, objetiva e externa ao clínico. Além disso, determinou-se a razão invocada pelo clínico para a não prescrição, o que refletiu o principal impedimento percebido.

Tabela 2 - Estudo evolutivo sob a terapêutica antitrombótica prescrita à data de alta

	Total (N = 90)		Sob anticoagulação (N = 30)		Sem anticoagulação (N = 60)		P
Tempo (meses) de seguimento (média ± DP)	6,7 ± 3,0		6,6 ± 2,9		6,8 ± 3,0		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
AVC	7	(7,8)	2*	(6,7)	5	(8,3)	0,823
Outros eventos isquémicos	5	(5,6)	1 EAM	(3,3)	2 EAM 1 enfarte esplénico 1 isquémia intestinal	(6,7)	0,581
Hemorragias <i>major</i>	1	(1,1)	1 HDA	(3,3)	0	(0,0)	-
Hemorragias <i>minor</i>	7	(7,8)	4	(13,3)	3	(5,9)	0,203
Óbitos por eventos isquémicos ou hemorrágicos	5	(5,6)	1 AVC	(3,3)	2 AVC 1 EAM 1 isquémia intestinal	(6,7)	0,581

\* um caso com INR infraterapêutico

AVC – acidente vascular cerebral; EAM – enfarte agudo do miocárdio; HDA – hemorragia digestiva alta com necessidade de transfusão.

do, muitas vezes subjetivo e não necessariamente baseado nos *scores* de risco.

Os fatores mais associados à não prescrição de ACO, por ordem decrescente de relevância, foram o uso prévio de antiagregantes plaquetares, o doente estar acamado e/ou ter demência avançada, a ausência de insuficiência cardíaca e o número de fatores de risco predisponentes a hemorragia. Tais dados sugerem que as campanhas para aumentar a adesão às recomendações de prescrição de ACO devem enfatizar o benefício da mudança de esquemas de antiagregação para anticoagulação e não apenas o início de ACO em doentes com FA sem terapêutica antiagregante e anticoagulante.

O principal impedimento à prescrição de ACO referido pelos clínicos foi a percepção de elevado risco hemorrágico. A percepção foi provavelmente correta na generalidade, dado que o risco hemorrágico calculado (HASBLED) era elevado na amostra. Embora as pontuações do *score* HASBLED não fossem significativamente diferentes entre os doentes submetidos ou não a ACO, o número total de fatores de risco predisponentes a hemorragia (nomeadamente fatores que pontuam B neste *score*) foi superior nos doentes sem ACO. No caso de terem mais do que um fator de risco hemorrágico pontuam apenas 1 nesta variável, o que poderá indicar que o risco esteja subestimado neste grupo.

Numa percentagem importante de casos (22%) o médico considerou não haver benefício na anticoagulação oral, atendendo ao estado funcional do doente. Efetivamente, muitos doentes com alta sem ACO estavam acamados ou tinham demência avançada (41,2%). Outros problemas foram pouco referidos, tais como a dificuldade em monitorizar o INR, possivelmente por haver uma consulta especializada no controlo da anticoagulação no centro onde foi realizado o estudo.

Foi decidido iniciar o presente estudo na ocasião em que estava eminente a aprovação no País do primeiro ACONG (dabigatrano), com o intuito de analisar também, prospetivamente, a taxa de prescrição e os motivos de não prescrição dos novos anticoagulantes orais. Isto permitiu avaliar a atitude dos prescritores portugueses a nível hospitalar, no período logo após a sua aprovação. Os ACONG têm vantagens reportadas sobre os ACO convencionais (varfarina ou acenocumarol), incluindo maior eficácia e/ou segurança e não ser necessário monitorizar o INR;<sup>9</sup> estas vantagens foram atempadamente divulgadas aos profissionais de saúde pela indústria farmacêutica. Nos três meses finais do período de recrutamento de doentes o dabigatrano já estava aprovado para tromboprolifaxia na FA. No entanto, este não foi prescrito sendo os principais impedimentos referidos a informação insuficiente sobre a eficácia e segurança dos ACONG, a percepção de alto risco hemorrágico e o seu custo elevado. Provavelmente a percepção de informação insuficiente relaciona-se com o uso de ACO convencionais há vários anos em muitos doentes, ao contrário dos ACONG, cujas reações adversas poderão não ter sido ainda identificadas.<sup>10</sup> O custo elevado, um dos motivos

apontados pelos clínicos, poderá ser um fator relevante, especialmente no contexto dos atuais constrangimentos financeiros nacionais.

No seguimento a médio prazo, a taxa de doentes sob ACO também foi baixa. Durante o estudo evolutivo encontravam-se já aprovados o dabigatrano e o rivaroxabano, mas não foram prescritos em qualquer doente. Não houve diferenças significativas entre os grupos sob e sem ACO relativamente aos eventos eventualmente relacionados com a medicação antitrombótica. Tal pode estar relacionado com a limitada dimensão da amostra com informação disponível no estudo evolutivo e/ou com o limitado período de seguimento.

Os resultados do presente estudo sugerem que muitos doentes idosos internados com indicação formal para ACO poderão não ser candidatos a esta medicação, tendo em conta o peso das suas comorbilidades. Por um lado, o risco hemorrágico foi elevado, quer avaliado pelo médico assistente, quer avaliado objetivamente pelo *score* HASBLED, não tendo sido desprezível o número de eventos hemorrágicos ocorridos num período de seguimento relativamente curto. Por outro lado, a resposta dos clínicos sugere que alguns doentes poderão não beneficiar de ACO atendendo ao seu estado funcional (acamados e/ou com demência avançada). Vários dos estudos que apoiam o uso de ACO nos idosos reportam-se a doentes em ambulatório e com menos comorbilidades.<sup>11,12</sup> Merece ainda nota o fato de o *score* HASBLED ter sido validado numa população mais jovem.<sup>13</sup>

Para melhoria da adesão às recomendações será importante estudar mais especificamente o benefício dos ACO em idosos com múltiplas comorbilidades que culminam em internamento, inclusive em idosos acamados e/ou com demência avançada. Também será vantajoso validar estratificadores de risco hemorrágico específicos para esta população.<sup>14</sup>

De anotar que a amostra analisada foi de âmbito hospitalar, pelo que os resultados podem não ser extrapoláveis para a prática clínica de ambulatório.

## CONCLUSÕES

Na amostra analisada, a taxa de prescrição de ACO na FA foi baixa e os fatores mais associados à não prescrição de ACO foram o uso prévio de antiagregantes plaquetares, o doente estar acamado e/ou ter demência avançada, a ausência de insuficiência cardíaca e o número de fatores de risco hemorrágico. O impedimento mais referido pelo médico foi a percepção de elevado risco hemorrágico, seguido de pequeno benefício. Os ACONG não foram prescritos na fase inicial após a sua aprovação e os principais impedimentos referidos foram a informação insuficiente, a percepção de alto risco hemorrágico e o seu custo elevado. No seguimento a médio prazo, a proporção de doentes sob ACO mantinha-se baixa e os ACONG não tinham sido prescritos.



**CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

**FONTES DE FINANCIAMENTO**

Nenhuma fonte de financiamento. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e pelo Conselho de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

**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;31:2369–429.
2. Dores H, Cardiga R, Ferreira R, Araújo I, Gândara F, Abreu A, et al. Fibrilhação auricular e risco tromboembólico: Que aderência às recomendações na prática clínica? *Rev Port Cardiol*. 2011;30:171-80.
3. Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip G. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med*. 2010;123:638-45.e4.
4. Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, De Sousa J, Primo J, Leiria E, et al. Prevalência de fibrilhação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. Estudo FAMA. *Rev Port Cardiol*. 2010;29:331-50.
5. Bertomeu-González V, Cordero A, Mazón P, Moreno-Arribas J, Fácila L, Nuñez J, et al. Anticoagulation prescription in atrial fibrillation. *Expert Opin Pharmacother*. 2011;12:1473-9.
6. Hylek EM, D'Antonio J, Evans-Molina C, Shea C, Henault LE, Regan S. Translating the results of randomized trials into clinical practice: the challenge of warfarin candidacy among hospitalized elderly patients with atrial fibrillation. *Stroke*. 2006;37:1075-80.
7. Pugh D, Pugh J, Mead GE. Attitudes of physicians regarding anticoagulation for atrial fibrillation: a systematic review. *Age Ageing*. 2011;40:675-83.
8. Aguiar C, Macedo ME, Sousa J, Ferro J, Henriques IL, Rodrigues V, et al. Terapêutica antitrombótica da fibrilhação auricular. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde; 2009.
9. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;12:1139-51.
10. Montoya RC, Gajra A. Current status of new anticoagulants in the management of venous thromboembolism. *Adv Hematol*. 2012;2012:856341.
11. Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, et al. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:493–503.
12. Rash A, Downes T, Portner R, Yeo WW, Morgan N, Channer KS. A randomised controlled trial of warfarin versus aspirin for stroke prevention in octogenarians with atrial fibrillation (WASPO). *Age Ageing*. 2007;36:151-6.
13. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, De Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138:1093-100.
14. Tulner LR, Van Campen JP, Kuper IM, Gijzen GJ, Koks CH, Mac Gillavry MR, et al. Reasons for undertreatment with oral anticoagulants in frail geriatric outpatients with atrial fibrillation: a prospective, descriptive study. *Drugs Aging*. 2010;27:39-50.