

Manuseio Clínico de Pacientes com Primeiro Episódio de Fibrilação Atrial Detectado na Fase Aguda do Infarto do Miocárdio

Clinical Management of Patients with First-Episode Atrial Fibrillation Detected in the Acute Phase of Myocardial Infarction

Mauricio Scanavacca¹ e Tan Chen Wu¹

Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina Hospital das Clínicas - Instituto do Coração – Cardiologia, ¹ São Paulo SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Fibrilação Auricular de Novo no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST: Preditores e Impacto na Terapêutica e Mortalidade

Episódios de fibrilação atrial (FA) têm sido observados tradicionalmente em até 20% dos pacientes que sofrem infarto agudo do miocárdio (IAM); 5-10% desses, como primeiro episódio, durante a internação hospitalar.¹ A etiologia da FA, nessa fase do IAM tem vários fatores, incluindo aumento da pressão atrial pela disfunção ventricular aguda, isquemia atrial associada (mais comum no IAM inferior), reação inflamatória secundária, mudanças no comportamento do sistema nervoso autônomo e no padrão neuro-humoral relacionados à fisiopatologia do IAM, principalmente naqueles com disfunção ventricular.¹⁻³

Estudo recente, publicado nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia por Congo et al.,⁴ sugere que nos últimos anos a incidência de FA na fase aguda do IAM pode estar diminuindo, devido ao maior acesso dos pacientes à reperfusão precoce e ao melhor tratamento clínico, com uso mais frequente de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), beta bloqueadores estatinas e terapia antiplaquetária. Adicionalmente, o estudo confirma observações anteriores de que o surgimento de FA associa-se a pior evolução clínica hospitalar e alerta em relação ao manuseio clínico desses pacientes, em particular da não utilização de anticoagulantes orais na alta hospitalar.

O estudo foi realizado a partir de dados obtidos de um registro nacional português de IAM, que incluiu 6.325 pacientes no período de 2010 a 2017, dos quais 365 (5,8%) apresentaram episódio inicial ou primeiro registro de FA na fase aguda do IAM, a maioria já no primeiro dia de internação. Foram comparados pacientes internados por IAM e supradesnivelamento do segmento ST que tiveram FA (primeiro episódio), com pacientes que não desenvolveram FA durante a internação hospitalar.

A taxa e estratégias de reperfusão aguda foram semelhantes nos dois grupos (sem FA = 83,2%, com FA = 82,9%), aparentemente sem impacto na ocorrência de FA. Mas, observaram que os pacientes com FA tiveram

tempo porta balão mais prolongado, menor prescrição de betabloqueadores, IECA e bloqueadores dos receptores da angiotensina. Fatores como idade avançada, acidente vascular cerebral (AVC) prévio, bloqueio atrioventricular completo e o infarto inferior foram preditores independentes da ocorrência de FA.

A ocorrência de FA associou-se à internações mais prolongadas, maior incidência de complicações e maior mortalidade (13,4%) em comparação com o grupo controle (3,8%; $p < 0,001$). Entretanto, a ocorrência de FA não foi preditor independente de mortalidade hospitalar, indicando que pode ser apenas um indicador de maior gravidade da doença.

Infelizmente, o estudo não fornece informação sobre a apresentação clínica da FA, o manuseio clínico detalhado dos pacientes durante a internação e a taxa de recorrência na evolução. Dois terços dos pacientes com FA de início recente receberam amiodarona durante a internação, que foi mantida em 26% dos pacientes na alta hospitalar. Adicionalmente, apenas 20,6% tiveram alta sob anticoagulação oral, com ou sem dupla agregação plaquetária. Nesse sentido, há carência na literatura sobre a melhor conduta a ser tomada e dados mais robustos sobre decisões em relação ao controle da frequência cardíaca (FC) ou o controle do ritmo e a necessidade de manutenção da anticoagulação após a alta hospitalar, ainda são necessários.

Por exemplo, no estudo VALIANT (*Valsartan in Acute Myocardial Infarction Trial*)⁵ foram avaliados 1.131 pacientes que apresentaram FA após o IAM e insuficiência cardíaca; 371 foram tratados com controle do ritmo (amiodarona em 87,3%) e 760 pacientes com a estratégia do controle de FC. Após os ajustes para os perfis clínicos dos pacientes, o controle do ritmo foi associado ao aumento de mortalidade nos primeiros 45 dias (HR: 1,9, 95% CI 1,2 a 3,0, $p = 0,004$), mas não à mortalidade tardia. Nesse estudo, a mortalidade não pode ser atribuída ao uso de antiarrítmico (AA) de classe I, já que a maioria das mortes ocorridas no grupo controle do ritmo receberam amiodarona (95,6%). A correlação entre amiodarona e mortalidade foi observada também no estudo GUSTO-3 (*The Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries*).⁶ Para controle do ritmo, 132 pacientes (12%) usaram AA de classe I, 55 (5%) sotalol e 168 (15%) amiodarona. O ritmo sinusal foi restaurado em 72% dos pacientes que receberam fármacos de classe I, 67% dos que receberam sotalol, e 79% daqueles que receberam amiodarona. Houve tendência a menor mortalidade com uso de AA da classe I e sotalol em relação aos pacientes com

Palavras-chave

Fibrilação Atrial/complicações; Infarto Agudo do Miocárdio/complicações; Disfunção Ventricular; Anti-Hipertensivos; Anticoagulantes; Acidente Vascular Cerebral.

Correspondência: Mauricio Scanavacca •

Av. Joaquim C. A. Marques, 1205. CEP 05688-021, Morumbi, SP – Brasil
E-mail: mibrahim@cardiol.br, mauricio.scanavacca@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190733>

amiodarona, que os autores atribuíram à provável opção pelos fármacos AAs de classe I e sotalol nos pacientes com melhor condição clínica.

Já o estudo GUSTO-I (*Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries*)⁷ que incluiu 40.891 pacientes com IAM, documentou aumento da incidência de AVC nos pacientes com FA na fase aguda do IAM (3,1%), em comparação com aqueles que mantiveram o ritmo sinusal (1,3%) - ($p = 0,0001$). Acidentes vasculares isquêmicos foram observados em 1,8% e 0,5% nos pacientes com ou sem FA, respectivamente. Também, esse estudo não forneceu dados sobre o uso de anticoagulantes após a alta hospitalar. Nesse sentido, Siu et al.⁸ analisaram 431 pacientes consecutivos com IAM inferior e função ventricular preservada. Observaram que FA de início recente e transitória durante a internação foi observada em 59 pacientes (13,9%). Durante o seguimento médio de um ano, a incidência de FA foi de 22% nos pacientes que tiveram FA transitória na internação, em comparação com 1,3% ($p = 0,01$) no grupo sem FA e, mais importante ainda, a incidência de AVC isquêmico foi de 10,2% nos pacientes com FA transitória e de 1,8% naqueles

sem FA ($p = 0,01$). Vale ressaltar que os pacientes com FA não receberam anticoagulantes, apenas agentes antiplaquetários. Achados semelhantes foram obtidos no estudo OPTIMAAL (*The Optimal Trial in Myocardial Infarction with the Angiotensin II Antagonist Losartan*)⁹ em pacientes com IAM e disfunção ventricular, no qual a presença de FA de início recente também foi associada ao aumento do risco de AVC nos primeiros 30 dias (HR 14,6, $p < 0,001$) e durante todo o período da observação do estudo (HR 2,29, $p < 0,001$).

As diretrizes atuais recomendam que pacientes com síndrome coronária aguda e FA devem receber terapia anticoagulante (varfarina ou NOACs), associada a aspirina e/ou clopidogrel por pelo menos 6 meses, exceto se apresentarem contraindicação absoluta.^{10,11} Entretanto, os estudos que lhe dão sustentação são baseados na existência de FA conhecida ou prévia ao advento coronariano.¹²⁻¹⁷

Na ausência de estudos clínicos randomizados, parece razoável que essa conduta também se aplique aos pacientes que apresentaram primeiro episódio de FA na fase aguda do IAM, em particular naqueles com preditores de alto risco de recorrência e com escore CHA₂DS₂-VASc elevado.¹⁸

Referências

- Schmitt J, Duray G, Gersh BJ, Hohnloser SH. Atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a systematic review of the incidence, clinical features and prognostic implications. *Eur Heart J*. 2009;30(9):1038-45.
- Jabre P, Roger VL, Murad MH, Chamberlain AM, Prokop L, Adnet F, et al. Mortality associated with atrial fibrillation in patients with myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2011;123(15):1587-93.
- Lopes RD, Pieper KS, Horton JR, Al-Khatib SM, Newby LK, Mehta RH, et al. Short- and long-term outcomes following atrial fibrillation in patients with acute coronary syndromes with or without ST-segment elevation. *Heart*. 2008;94(7):867-73.
- Congo KH, Belo A, Carvalho J, Neves D, Guerreiro R, Pais JA, et al. Fibrilação Auricular de Novo no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST: Preditores e Impacto na Terapêutica e Mortalidade. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(5):948-957.
- Nilsson KR Jr, Al-Khatib SM, Zhou Y, Pieper K, White HD, Maggioni AP, et al. Atrial fibrillation management strategies and early mortality after myocardial infarction: results from the Valsartan in Acute Myocardial Infarction (VALIANT) Trial. *Heart* 2010;96(11):838-42
- Wong CK, White HD, Wilcox RG, Criger DA, Califf RM, Topol EJ, et al. Significance of atrial fibrillation during acute myocardial infarction, and its current management: insights from the GUSTO-3 trial. *Card Electrophysiol Rev*. 2003 Sep;7(3):201-7.
- Crenshaw BS, Ward SR, Granger CB, Stebbins AL, Topol EJ, Califf RM, et al. Atrial fibrillation in the setting of acute myocardial infarction: the GUSTO-I experience. *Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries*. *J Am Coll Cardiol* 1997;30:406-413.
- Siu CW, Jim MH, Ho HH, Miu R, Lee SW, Lau CP. Transient atrial fibrillation complicating acute inferior myocardial infarction: implications for future risk of ischemic stroke. *Chest* 2007;132:44-49.
- Lehto M, Snapinn S, Dickstein K, Swedberg K, Nieminen MS. Prognostic risk of atrial fibrillation in acute myocardial infarction complicated by left ventricular dysfunction: the OPTIMAAL experience. *Eur Heart J* 2005;26:350-356.
- January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Heart Rhythm*. 2019 Aug;16(8):e66-e93.
- 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 Oct 7;37(38):2893-962.
- Cannon CP, Bhatt DL, Oldgren J, Lip GYH, Ellis SG, Kimura T, et al. Dual antithrombotic therapy with dabigatran after PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2017;377(16):1513-24.
- Gibson CM, Mehran R, Bode C, Halperin J, Verheugt FW, Wildgoose P et al. Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCI. *N Engl J Med* 2016;375(25):2423-34.
- Lopes RD, Heizer G, Aronson R, Vora AN, Massaro T, Mehran R, et al. Antithrombotic therapy after acute coronary syndrome or PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2019;380(16):1509-24.
- Vranckx P, Valgimigli M, Eckardt L, Tijssen J, Lewalter T, Gargiulo G, et al. Edoxaban-based versus vitamin K antagonist-based antithrombotic regimen after successful coronary stenting in patients with atrial fibrillation (ENTRUST-AF PCI): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet*. 2019; 394(10206):1335-43.
- Lopes RD, Hong H, Harskamp RE, Bhatt DL, Mehran R, Cannon CP, et al. Safety and Efficacy of Antithrombotic Strategies in Patients With Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA Cardiol*. 2019 Jun 19. [Epub ahead of print]
- Potpara TS, Mujovic N, Proietti M, Dagnes N Hindricks G, Collet JP, et al. Revisiting the effects of omitting aspirin in combined antithrombotic therapies for atrial fibrillation and acute coronary syndromes or percutaneous coronary interventions: meta-analysis of pooled data from the PIONEER AF-PCI, RE-DUAL PCI, and AUGUSTUS trials. *Europace*. 2019 Oct 11. pii: euz259. [Epub ahead of print].
- Romanov A, Martinek M, Purerfellner H, Chen S, De Mellis M, Grazhdankin I, et al. Incidence of atrial fibrillation detected by continuous rhythm monitoring after acute myocardial infarction in patients with preserved left ventricular ejection fraction: results of the ARREST study. *Europace*. 2018;20(2):263-70.

