



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**DESFECHOS E FATORES PROGNÓSTICOS DE PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL****OUTCOMES AND PROGNOSTIC FACTORS OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION**

Roberto Henrique Heinisch<sup>1</sup>  
Fernanda Matos Leal<sup>2</sup>  
Jaqueline Hoffmann<sup>3</sup>  
Giovanni Enrico Dias Favretto<sup>4</sup>

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi descrever desfechos e fatores prognósticos de pacientes com fibrilação atrial, atendidos em um hospital geral. Estudo de *coorte* retrospectivo, observacional e não-controlado. Foram considerados como desfechos: óbito, internação por causa cardiovascular, evento tromboembólico e hemorragia. Dentre os 71 pacientes acompanhados, durante aproximadamente três anos, 50,7% foram a óbito, 44,4% por causa cardiovascular; 18,3% apresentaram internação por causa cardiovascular, 11,3% eventos tromboembólicos e 2,8% eventos hemorrágicos. Os fatores prognósticos associados aos eventos desfavoráveis foram: QRS alargado no eletrocardiograma, aumento do tamanho do átrio esquerdo e uso de medicamento para controle da frequência cardíaca. Em nossa casuística de pacientes com FA em hospital geral, observou-se significativa frequência de óbitos.

**Descritores:** Fibrilação atrial. Tromboembolia. Prognóstico.

**ABSTRACT**

The aim of this study was to describe the outcomes and prognostic factors of patients with atrial fibrillation, in a general hospital. A retrospective, observational and uncontrolled study was performed. The outcomes were: cardiovascular death or hospitalization, thromboembolic events, hemorrhage. Among the 71 patients followed up, during about three years, 50.7% died, 44.4% from cardiovascular causes; 18.3% needed hospitalization for cardiovascular causes, 11.3% had thromboembolic and 2.8% had hemorrhagic events. Prognostic factors associated with adverse events were: wide complex QRS in the electrocardiogram, enlarged left atrium and rate control strategy. In our casuistic of patients with AF in a general hospital, there was a significant frequency of deaths.

**Keywords:** Atrial fibrillation. Thromboembolism. Prognosis.

---

<sup>1</sup> Professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

<sup>3</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

<sup>4</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.



## INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum. A prevalência varia entre 0,4 a 2% da população geral, aumenta com a idade e é maior no sexo masculino.<sup>1,2</sup> A FA confere risco cinco vezes maior de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, sendo que os casos de AVC na vigência desta arritmia apresentam pior prognóstico e maior chance de recorrência.<sup>3</sup>

Tendo em vista a alta prevalência e a carência de dados em nosso meio, sobretudo referentes a hospital geral universitário, a respeito da frequência de AVC e dos fatores de risco associados, este estudo visa pesquisar a evolução clínica dos pacientes com FA atendidos no Hospital Universitário com a finalidade de nos fornecer subsídios para avaliar o atendimento de pacientes com esta doença.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo tipo *coorte* retrospectivo, observacional, não-controlado, o qual foi desenvolvido em um Hospital Universitário. A população do estudo foi composta por pacientes com diagnóstico de fibrilação atrial (FA), confirmado pelo eletrocardiograma, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, atendidos nos setores de emergência, ambulatório e unidade de internação no período entre 01 de outubro de 2008 e 10 de setembro de 2010.<sup>4</sup> Os pacientes admitidos no estudo prévio foram avaliados a cada seis meses desde a inclusão até setembro de 2015. Foram excluídos pacientes com incapacidade psíquica ou cognitiva e que não aceitaram participar do estudo. A casuística foi do tipo não-probabilística, sendo o seu tamanho definido arbitrariamente pelos pesquisadores, considerada a viabilidade em termos de prazos e recursos financeiros.

Os dados da admissão foram: I) *Identificação*. II) *Quadro clínico*: presença ou ausência de sintomas selecionados de Hansson *et al.*<sup>5</sup> e classificados segundo o escore EHRA<sup>6</sup>, e comorbidades associadas. Foi questionado o tempo da arritmia em dias. III) *Exames complementares*: eletrocardiograma, ecocardiograma. IV) *Tipo da Fibrilação Atrial*: de acordo com as diretrizes brasileiras de FA (2009). V) *Tratamento*: tratamentos prévios e atuais para a FA. O risco de hemorragia foi avaliado através do escore HAS-BLED<sup>7</sup>. O risco de eventos tromboembólicos em pacientes com FA não-valvar foi avaliado pelo escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc.<sup>8</sup>

Os dados de seguimento foram obtidos através de entrevista, consulta ao prontuário médico, ligação telefônica, busca domiciliar ou carta. A ficha de seguimento conteve informações sobre: óbito (especificando data e causa), presença ou não de FA permanente, hospitalizações ou busca por atendimento médico desde a última coleta de dados, uso ou não de anticoagulante oral e antiplaquetário.

Foram considerados como desfechos os seguintes eventos: óbito por causa cardiovascular, hospitalização por causa cardiovascular, evento tromboembólico não-fatal e hemorragia fatal e não-fatal. Consideraram-se eventos combinados a somatória de todos os eventos supramencionados. Os



óbitos foram constatados pela análise de prontuário, quando ocorrido durante hospitalização no HU, ou informados ao autor pelos familiares.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa Epi Info ® versão 7.1.5.0. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas sob a forma de médias e desvios-padrão. Para verificar o risco de mortalidade e AVC entre os pacientes com fibrilação atrial foi calculado o risco relativo com Intervalo de Confiança (IC) 95%. Após a coleta de dados, no período de seguimento, os pacientes foram divididos em dois grupos: pacientes que apresentaram desfecho (Grupo A) e pacientes que não apresentaram desfecho (grupo B). As associações entre as variáveis qualitativas foram verificadas através do teste do qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fischer; e entre as variáveis contínuas, através do teste t-Student. O nível de significância estabelecido foi de  $p < 0,05$ .

O trabalho de seguimento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, conforme o parecer número 717.654. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 78 pacientes. Não foi possível realizar o seguimento de sete participantes. O percentual de seguimento foi igual a 91%.

### Dados da admissão:

Participaram do grupo com desfechos presentes (grupo A) 39 pacientes e do grupo sem desfechos (grupo B), 32 pacientes. Os dados epidemiológicos encontram-se sintetizados na Tabela 1. Na admissão do estudo, apresentaram sintomatologia 33 (84,6%) pacientes do grupo A e 25 (78,1%) pacientes do grupo B. Os principais sintomas relatados no grupo A foram dispneia aos esforços (51,3%), redução do rendimento físico (46,2%) e palpitações aos esforços (46,2%). No grupo B, os principais sintomas foram palpitações aos esforços (53,2%), dispneia aos esforços (40,6%) e cansaço (37,5%). Na classificação dos sintomas segundo o escore EHRA, 20 (51,3%) pacientes do grupo A e 16 (53,3%) pacientes do grupo B não relataram sintomatologia (EHRA I) ou relataram atividades diárias normais sem comprometimento (EHRA II). Entre aqueles que relataram atividades diárias normais afetadas (EHRA III) ou incapacidade de realizar atividades diárias devido à sintomatologia (EHRA IV), 19 (48,7%) pertenciam ao grupo A; e 14 (46,7%) ao grupo B. Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa. Os pesquisadores concluíram ser outra causa de incapacidade das atividades diárias para 2 pacientes, ambos do grupo B.

As principais comorbidades relacionadas à FA estão relacionadas na Tabela 2. A variável relacionada à presença de outras doenças crônicas foi observada como fator de proteção, visto que a probabilidade de eventos foi menor no grupo A (Risco relativo igual a 0,63 e IC 95%: 0,41 a 0,95).



O tempo de arritmia desde a primeira detecção até o momento da admissão apresentou média de 2869,3 dias ou 7,9 anos (DP=3603,8 dias ou 9,9 anos) no grupo A e 1740,7 dias ou 4,8 anos (DP=1961 dias ou 5,4 anos) no grupo B (p=0,09).

Ao analisar os exames complementares, verificou-se que apresentaram pelo menos uma alteração no eletrocardiograma 30 (76,9%) pacientes do grupo A e 21 (65,3%) pacientes do grupo B. Houve diferença estatisticamente significativa entre grupos em relação à presença de complexo QRS alargado, a qual foi identificada para 15 (38,5%) pacientes do grupo A e 5 (15,6%) pacientes do grupo B. A probabilidade de eventos foi 1,59 vezes maior na presença desta alteração (Risco relativo igual a 1,59 e IC 95%: 1,08 a 2,34). O ecocardiograma foi realizado em 31 (79,5%) pacientes do grupo A e em 24 (75%) pacientes do grupo B. Ao avaliar o tamanho do átrio esquerdo, obteve-se média de  $4,9 \pm 0,9$  cm no grupo A e  $4,4 \pm 0,8$  cm no grupo B (p=0,04). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo apresentou uma média no grupo A de  $49,9 \pm 19,1\%$ , e no grupo B de  $48,6 \pm 18,8\%$ .

O tipo mais frequente de FA, em ambos os grupos, foi a “permanente”, sendo encontrado em 28 (71,8%) pacientes do grupo A e em 18 (56,3%) pacientes do grupo B. Não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar o tipo “permanente” com os demais tipos de FA.

Ainda no momento da admissão, foi constatado que 27 (69,2%) dos pacientes do grupo A e 16 (50%) dos pacientes do grupo B estavam em uso de anticoagulante oral (p=0,09), e 13 (33,3%) pacientes do grupo A e 16 (50%) pacientes do grupo B estavam em uso de antiplaquetário (p=0,16). Entre os pacientes em anticoagulação oral, convém ressaltar que 8 pacientes tinham outra indicação para anticoagulação oral além da FA e apenas 1 destes apresentava contraindicação para o uso de tal medicação. Dos pacientes que referiram possuir contraindicação a esta terapia (n=7), 2 estavam em uso de anticoagulantes orais.

A respeito do uso de drogas para controle da frequência cardíaca, notou-se que 84,6% (n=33) dos pacientes do grupo A e 59,4% (n=19) dos pacientes do grupo B utilizavam esta droga (p=0,01), sendo a droga mais utilizada a digoxina. O risco de eventos foi o dobro em comparação aos pacientes que não estavam utilizando esta medicação (Risco relativo igual a 2,01 e IC 95%: 1,01 a 4,02)

Ao analisar o risco de hemorragia através do escore HAS-BLED, verificou-se que, em ambos os grupos, a maioria dos pacientes recebeu pontuação maior ou igual a 3, ou seja, foram classificados como “alto risco” (58,9% do grupo A e 58,1% do grupo B) (p=0,97).

A avaliação do risco de eventos tromboembólicos em pacientes com FA não-valvar (n=34) foi baseada no escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc. Foram classificados como “alto risco” (escore  $\geq 2$ ), ou seja, com indicação para anticoagulação oral, 89,5% (n=17) pacientes do grupo A e 73,3% (n=11) pacientes do grupo B. Entre estes pacientes, observou-se que 71,4% (n=20) estavam em uso de anticoagulante oral. Como “moderado risco” foram classificados no grupo A 10,5% (n=2) pacientes e no grupo B, 20%



(n=3) pacientes. Observou-se que apenas no grupo B havia paciente (6,7%) sem indicação de anticoagulação oral (escore=0).

#### **Dados do seguimento:**

A média do tempo de seguimento foi de aproximadamente três anos (1.034,2 dias = 2,8 anos). Os desfechos identificados durante o período de seguimento, responsáveis por caracterizar o grupo A, estão sumarizados na Tabela 3.

Durante o período de seguimento ocorreram 36 óbitos, sendo 20 por causa não-cardiovascular e 16 por causa cardiovascular. As etiologias dos óbitos de causa cardiovascular foram: infarto agudo do miocárdio (n=5), insuficiência cardíaca congestiva descompensada (n=5) e acidente vascular encefálico isquêmico (n=6).

Durante o seguimento, notou-se que 13 pacientes apresentaram internação por causa cardiovascular de etiologia não tromboembólica ou hemorrágica. Excluindo aqueles que apresentaram óbito, 8 pacientes apresentaram eventos tromboembólicos: acidente vascular encefálico isquêmico (n=3), ataque isquêmico transitório (n=1), oclusão arterial aguda em membros inferiores (n=2), isquemia mesentérica (n=1) e tromboembolismo pulmonar (n=1). Destes pacientes que apresentaram algum evento tromboembólico, 6 estavam anticoagulados. Analisando os eventos hemorrágicos, notou-se que apenas 2 pacientes os apresentaram, sendo um caso de sangramento por hemorragia digestiva alta, que culminou com o óbito do paciente, e um caso de sangramento por menorragia persistente secundária a neoplasia uterina. Apenas o segundo paciente fazia uso de anticoagulante oral.

## **DISCUSSÃO**

Este estudo comparou o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com FA, atendidos no HU, divididos em dois grupos conforme a presença ou não dos desfechos clínicos durante o período de seguimento. As variáveis associadas a maior risco de desfechos foram: QRS alargado, aumento do tamanho do átrio esquerdo e controle da frequência cardíaca.

A prevalência da FA varia de acordo com a idade e sexo. O estudo ATRIA<sup>9</sup> e o estudo de Wilke *et al.*<sup>10</sup> notaram que os homens apresentam um risco maior de desenvolver FA, até 1,5 vezes maior em relação às mulheres.<sup>11</sup> A prevalência aumenta com a idade, sendo que mais de um terço dos pacientes têm idade igual ou maior a 80 anos.<sup>12</sup> Os estudos Rotterdam<sup>13</sup> e EPIFA<sup>14</sup> encontraram médias de idade próximas ao nosso estudo, de 69,3±9,1 anos e 69,1±14,1 anos, respectivamente; e Wilke *et al.*<sup>10</sup>, uma média de idade um pouco superior (73,1±10,9 anos).

O estudo RACE II<sup>15</sup> mostrou que a severidade dos sintomas está associada com desfechos cardiovasculares, principalmente hospitalizações por insuficiência cardíaca. Hansson *et al.*<sup>5</sup> e Nazli *et al.*<sup>16</sup> constataram que os sintomas mais frequentes relacionados à arritmia foram palpitações aos esforços, redução do rendimento físico, palpitações em repouso, dispneia aos esforços e ansiedade.



Nabauer *et al.*<sup>17</sup> constatou alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, doença valvar cardíaca, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca. Além destas comorbidades, Chyou *et al.*<sup>18</sup> verificou que em seu estudo o diabetes melito foi a segunda comorbidade mais prevalente. O estudo Framingham demonstrou que a insuficiência cardíaca e a FA frequentemente coexistem, provavelmente por apresentarem vários fatores de risco em comum,<sup>19</sup> sendo que a insuficiência cardíaca é um fator de risco para FA, assim como a FA agrava essa comorbidade. Na doença valvar cardíaca, a FA é considerada manifestação precoce da estenose e/ou regurgitação mitral e gera um risco maior de embolização.<sup>20</sup>

A presença de outras doenças crônicas foi associada à proteção em nosso estudo. Uma hipótese para tal é que, de modo geral, os pacientes portadores de doenças crônicas possuem acompanhamento médico mais frequente, o que poderia ser explicado por diagnóstico e tratamento mais precoce de complicações, resultando em melhor prognóstico destes pacientes.

A variável eletrocardiográfica que esteve associada à maior ocorrência de desfechos em nossa casuística foi a presença de QRS alargado. Sabe-se que entre as condições que apresentam complexo QRS alargado estão bloqueio de condução intraventricular, arritmia ventricular, hipercalcemia, intoxicação digitálica e sobrecarga de ventrículo esquerdo.<sup>21</sup> Tais condições estão associadas de maneira direta ou indireta às doenças que caracterizam os desfechos.

O aumento do átrio esquerdo aumenta o risco de AVC. Osranek *et al.*<sup>22</sup> ao acompanhar pacientes com FA por 27 anos verificou que metade dos pacientes apresentaram desfechos cardiovasculares. O aumento do átrio esquerdo foi considerado o preditor mais importante de eventos adversos. Outros estudos também inferiram a relação do aumento do átrio esquerdo com maior risco de AVC, o que é compatível com nossos resultados.<sup>23,24</sup>

A avaliação do risco de eventos tromboembólicos nos pacientes com FA não-valvar (n=35) foi baseada no escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc. Pacientes com escore  $\geq 2$  possuem alto risco para eventos tromboembólicos.<sup>1,3</sup> Uma meta-análise<sup>25</sup> com 29 ensaios clínicos randomizados verificou que a varfarina em comparação ao placebo esteve associada a uma redução do risco relativo de AVC em 64% (IC 95%: 49% a 74%) e de mortalidade por todas as causas em 26% (IC 95%: 3% a 34%).

Em nosso estudo, apesar da clara indicação para anticoagulação oral, uma significativa parcela não estava em uso de tal medicação, mostrando que o manejo destes pacientes em parte ainda é inadequada. Uma explicação é o fato de que a principal classe de anticoagulante oral prescrita é o antagonista da vitamina K (varfarina). Esta classe apresenta desvantagens, como interações com outros fármacos e alimentos, necessidade de monitorização laboratoriais e maior chance de complicações hemorrágicas, o que pode levar tanto a um receio na prescrição pelos médicos quanto a uma redução na adesão ao tratamento pelos pacientes. Para reduzir tais limitações, uma nova geração de anticoagulantes orais vem sendo estudada: inibidores diretos da trombina (Dabigatran) e inibidores



do fator Xa (Rivaroxabana). Estudos recentes<sup>26,27</sup> já mostraram que ambas as drogas, em comparação à varfarina, promoveram semelhante ou maior redução no risco de eventos tromboembólicos.

Uma meta-análise<sup>28</sup> com 8 ensaios clínicos randomizados demonstrou que não há diferença nas taxas de mortalidade, tromboembolismo e AVC isquêmico ao comparar o controle da frequência cardíaca com o controle do ritmo. Em nosso estudo, ao analisar as duas condutas, verificou-se que a maioria dos pacientes estava em uso de medicamentos para controle da frequência cardíaca. No entanto, ao considerar a estratégia de controle da frequência cardíaca isolada, observou-se o risco para desfechos foi o dobro. O principal medicamento em uso foi a digoxina, possivelmente devido a alta prevalência da insuficiência cardíaca em nosso estudo, o que já reflete o pior prognóstico destes pacientes. Até há pouco tempo, as diretrizes recomendavam controle rigoroso da frequência cardíaca. Contudo, Van Gelder *et al.*<sup>29</sup> mostrou que as taxas de morbidade e mortalidade cardiovascular foram maiores nos pacientes submetidos ao controle rigoroso da frequência cardíaca.

Pacientes com FA apresentam episódios de AVC com maior gravidade e maiores taxas de mortalidade.<sup>30</sup> Em nosso estudo, observamos semelhante frequência e gravidade dos casos de AVC.

Nosso trabalho apresentou um panorama geral do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com FA, atendidos no HU, conforme a evolução clínica apresentada. No futuro, estas informações poderão ser úteis para a proposição de novas estratégias de atendimento de pacientes com esta arritmia e suas complicações.

## REFERÊNCIAS

1. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr et al. 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 Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64:1-76.
2. Heinisch RH, Leal FM, Heinisch LMM. Atualização em fibrilação atrial. *Arq Catarin Med* 2013; 42:93-9.
3. Camm JA, Kirchhof P, Lip GYH, 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). *Euro Heart J* 2010; 31:2369-429.
4. Hoffmann J. Fatores prognósticos em pacientes com fibrilação atrial [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina, Departamento de Clínica Médica; 2011.
5. Hansson A, Härdig BM, Olsson SB. Arrhythmia-provoking factors and symptoms at the onset of paroxysmal atrial fibrillation: A study based on interviews with 100 patients seeking hospital assistance. *BMC Cardiovascular Disorders* 2004; 4:1-9.
6. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork and European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2007; 9:1006-23.



7. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaet R, et al. 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.
8. Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane D. Identifying patients at high risk for stroke despite anticoagulation: a comparison of contemporary stroke risk stratification schemes in an anticoagulated atrial fibrillation cohort. *Stroke* 2010; 41:2731-8.
9. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001; 285: 2370–5.
10. Wilke T, Groth A, Mueller S, et al. Incidence and prevalence of atrial fibrillation: na analysis based on 8.3 million patients. *Europace* 2013; 15: 486-93.
11. Kannel WB, Benjamin EJ. Final draft status of the epidemiology of atrial fibrillation. *Med Clin North Am* 2008; 92: 17-ix.
12. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 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 Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64:1–76.
13. Heeringa J, Kuip DAM, Hodman Albert, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Euro Heart J* 2006; 27:949–53.
14. Santos EB, Salles ALF, Tavares LR, et al. Características clínicas e demográficas e perfil terapêutico de pacientes hospitalizados com fibrilação atrial: Estudo EPIFA. *Rev SOCERJ* 2009; 22: 9-14.
15. Vermond RA, Crijns HJGM, Tijssen JGP, et al. Symptom severity is associated with cardiovascular outcome in patients with permanent atrial fibrillation in the RACE II study. *Europace* 2014; 16:1417-25.
16. Nazli C, Eren NK, Tülüce SY, et al. Impaired quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation. *Anatol J Cardiol* 2015; 15: 6144.
17. Nabauer M, Gerth A, Limbourg T, et al. The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace* 2009; 11:423-34.
18. Chyou JY, Hunter TD, Mollenkopf AS, et al. individual and combined risk factors for incident atrial fibrillation and incident stroke: an analysis of 3 million at-risk us patients. *J Am Heart Assoc* 2015; 4: e001723 (doi: 10.1161/JAHA.114.001723)
19. Lubitz AS, Benjamin EJ, Ellinor PT. Atrial fibrillation in congestive heart failure. *Heart Fail Clin* 2010; 6: 187–200.
20. Zimerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92: 1-392.
21. Pastore CA, Pinho C, Germiniani H, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93:1-19.
22. Osranek M, Bursi F, Bailev KR, et al. Left atrial volume predicts cardiovascular events in patients originally diagnosed with lone atrial fibrillation: three-decade follow-up. *Eur Heart J*. 2005; 26:2556-61.
23. Mosquera AB, Broullón F, Alvarez-Garcia N, et al. Left atrial size and risk for all-cause mortality and ischemic stroke. *CMAJ* 2011; 183: 657–64.
24. Beinart R, Heist EK, Newell JB, et al. Left atrial appendage dimensions predict the risk of stroke/TIA in patients with atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2011; 22:10-5.





25. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146: 857–67.
26. Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *Lancet* 2010; 376: 975–83.
27. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365: 883–91.
28. Caldeira D, David C, Sampaio C. Rate versus rhythm control in atrial fibrillation and clinical outcomes: Updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Cardiovasc Dis* 2012;105: 226-38.
29. Van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJGM, et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2010; 362:1363-73.
30. Kimura KM, Yamaguchi T. Atrial fibrillation as a predictive factor for severe stroke and early death in 15831 patients with acute ischaemic stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 679-83.

## TABELAS

Tabela 1. Características epidemiológicas dos pacientes portadores de FA, segundo classificação, com ou sem desfecho (n=71).

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Total</b>	<b>Valor de P</b>
Idade	69,8±12,3	66,4±12,4	68,3±12,4	0,26
Idoso*	30(76,9%)	22(68,8%)	52(73,2%)	0,44
Gênero masculino	22 (56,4%)	19 (59,4%)	41 (57,8%)	0,80
Etnia branca	35 (89,7%)	27 (84,4%)	62 (87,3%)	0,37

Valores expressos como “n” (%) ou média ± desvio-padrão; grupo A: com desfecho; grupo B: sem desfecho.

\*Segundo a classificação do IBGE.



Tabela 2. Comorbidades associadas dos pacientes com FA no momento da admissão (n=71).

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Total</b>	<b>Valor de P</b>
DAC	14 (35,9%)	8 (25%)	22 (31,0%)	0,32
ICC	25 (64,1%)	14 (43,8%)	39 (54,9%)	0,09
Valvopatia	20 (51,3%)	17 (53,1%)	37 (52,1%)	0,88
Cardiomiopatia	11 (28,2%)	4 (12,5%)	15 (21,1%)	0,09
HAS	29 (74,4%)	23 (71,9%)	52 (73,2%)	0,81
DPOC	7 (18,0%)	9 (28,1%)	16 (22,5%)	0,30
Hipertireoidismo	3 (7,7%)	4 (12,5%)	7 (9,9%)	0,39
DM	12 (30,8%)	10 (31,3%)	22 (31,0%)	0,97
DVE	13 (33,3%)	7 (21,9%)	20 (28,1%)	0,29
Outra doença crônica	18 (46,2%)	23 (71,9%)	41 (57,8%)	0,03

Valores expressos como “n” (%); DAC: doença arterial coronariana; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; DM: diabetes melito; VE: doença vascular encefálica; grupo A: com desfechos; grupo B: sem desfechos.

Tabela 3. Distribuição dos desfechos dos pacientes com FA presentes durante o período de seguimento (n=71).

	<b>Número de pacientes com desfecho presente</b>	<b>Total de pacientes</b>
Óbito por causa cardiovascular	16 (22,5%)	71
Internação hospitalar por causa cardiovascular*	13 (18,3%)	71
Evento tromboembólico não-fatal	8 (11,3%)	71
Hemorragia fatal ou não-fatal	2 (2,8%)	71

Valores expressos como “n” (%); \* considerada positiva em um paciente apenas quando o mesmo paciente não apresentasse, concomitantemente, óbito por causa cardiovascular ou hemorragia fatal e não fatal ou evento tromboembólico não fatal.