

Comparação dos escores de risco ATRIA, CHADS₂ e CHA₂DS₂-VASc na prevenção de acidente vascular cerebral isquêmico em uma coorte sueca de pacientes com fibrilação atrial

Comparison of the ATRIA, CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc stroke risk scores in predicting ischaemic stroke in a large Swedish cohort of patients with atrial fibrillation

Sara Aspberg, Yuchiao Chang, Adriano Atterman, Matteo Bottai, Alan S. Go, Daniel E. Singer

Comentário: Manoel Ildefonso Paz Landim¹

A fibrilação atrial (FA) é a mais significativa arritmia, principalmente entre os idosos, alcançando a prevalência de 8% entre os maiores de 80 anos. Responde por 45% das doenças emboligênicas de origem cardíaca, exigindo reconhecer precocemente os indivíduos mais predispostos a evoluírem com fenômenos trombo-embólicos. A terapia anticoagulante reduz o risco em 2/3 e a eleição dos pacientes para seu uso tem sido rotineiramente feita com base em escores mundialmente bem estabelecidos.¹⁻³

O artigo compara um novo escore de risco, ATRIA, com o CHADS₂ e CHA₂DS₂-Vasc, buscando estabelecer qual deles seria capaz de prever com maior precisão o grupo de indivíduos a ser mais beneficiado com a anticoagulação precoce, uma vez que aqueles identificadores de risco não conseguem contemplar a totalidade de pessoas em suas respectivas classificações de risco.^{4,5} Há uma lacuna entre os pacientes dos grupos de risco considerados baixo e moderado, que precisa ser melhor avaliada.

Nesse novo modelo de classificação de risco, os maiores pesos recaem sobre os pacientes com maior idade e portadores de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) prévio. Também são consideradas as variáveis tabagismo, *diabetes mellitus*, insuficiência cardíaca (IC), hipertensão e disfunção renal. O ATRIA atribui diferentes pesos para a idade, separando em décadas a partir dos 65 até os 85 anos de idade, com valores maiores a quem tenha desenvolvido AVCi prévio. São alocados na categoria de baixo risco quem some até cinco pontos; moderado risco possuem os pacientes com seis pontos e os com uma soma maior ou igual a sete são tidos como de alto risco. Por esse escore, então, quem é portador de AVCi prévio é sempre considerado de alto risco.

O ATRIA foi conduzido a partir de dados obtidos com base em uma coorte fechada, composta por 152.153 pessoas, observada por 18 anos, que reúne pacientes não portadores de doença valvar e sem uso de anticoagulante. Neste estudo, não foram computados os óbitos do período. O *follow-up* médio foi de 2,3 anos e registraram-se 11.053 AVCi — a uma taxa de 3,25/ano —, com predomínio de mulheres, não diabéticos, sem IC ou doença renal e hipertensos.

O estudo teve o cuidado de analisar estatisticamente todos os dados, de maneira a cruzar informações dos três escores entre si (C-index) e com dados epidemiológicos adstritos à população estudada, além de comparações com outras séries populacionais. O ATRIA teve um índice de concordância de 0,780 para o desfecho considerado contra 0,690 do CHADS₂ e 0,694 do CHA₂DS₂-Vasc. O estudo avaliou ainda a possibilidade de se prever AVCi grave, com vantagem também para o ATRIA (0,766 contra 0,738 do CHADS₂ e 0,749 do CHA₂DS₂-Vasc). Então, os autores concluíram que o novo escore constitui-se numa escolha mais vantajosa para se prever AVCi — quando comparado aos clássicos —, principalmente quando é considerada a modalidade fatal da doença.

O ATRIA conseguiu arregimentar um número maior de pacientes, porque indicou anticoagulação a pessoas não contempladas em outros escores, como o CHADS₂ e o CHA₂DS₂-Vasc.

Apesar do rigor metodológico e estatístico empregado no trabalho, os autores deram pouca importância ao fato de a população da Suécia ter o maior índice de fenômenos tromboembólicos da Europa — 2,9 contra 1,9% na Itália —, além de terem subestimado as condições associadas ao risco de sangramento quando incluíram a baixa taxa de filtração glomerular como variável preditora de AVCi sem a necessária ressalva.

REFERÊNCIAS

1. Roldán V, Marín F, Manzano-Fernández S, et al. The HAS-BLED score has better prediction accuracy for major bleeding than CHADS2 or CHA2DS2-VASc scores in anticoagulated patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(23):2199-204.
2. Olesen JB, Torp-Pedersen C, Hansen ML, et al. The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0-1: a nationwide cohort study. *Thromb Haemost*. 2012;107(6):1172-9.
3. Tu HT, Campbell BC, Meretoja A, et al. Pre-stroke CHADS2 and CHA2DS2-VASc scores are useful in stratifying three-month outcomes in patients with and without atrial fibrillation. *Cerebrovasc Dis*. 2013;36(4):273-80.
4. Aspberg S, Chang Y, Atterman A, et al. Comparison of the ATRIA, CHADS2, and CHA2DS2-VASc stroke risk scores in predicting ischaemic stroke in a large Swedish cohort of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2016.
5. van den Ham HA, Klungel OH, Singer DE, et al. Comparative Performance of ATRIA, CHADS2, and CHA2DS2-VASc Risk Scores Predicting Stroke in Patients With Atrial Fibrillation: Results From a National Primary Care Database. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(17):1851-9.