ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

ANTICOAGULAÇÃO NA FIBRILAÇÃO ATRIAL SUBCLÍNICA: EQUILÍBRIO ENTRE PREVENÇÃO DO AVC E RISCO HEMORRÁGICO

ANTICOAGULATION IN SUBCLINICAL ATRIAL FIBRILLATION: BALANCING STROKE PREVENTION AND BLEEDING RISK

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-280

Submetido em: 27/10/2026 e Publicado em: 04/11/2026

SAS: e26508

João Gabriel Garrote Vasconcelos
Acadêmico de Medicina
Universidade Evangélica de Goiás
E-mail: jggarrote@live.com

Bianca Oliveira Bomfim
Acadêmica de Medicina
Universidade Evangélica de Goiás
E-mail: biancabomfim2001@hotmail.com

Luísa Campos Castro
Acadêmica de Medicina
Universidade Evangélica de Goiás
E-mail: camposcastroluisa@gmail.com

Isabella de Oliveira e Castro
Acadêmica de Medicina
Universidade Evangélica de Goiás
E-mail: dra.isabellaocastro@gmail.com

Ana Clara Bergamini Ferreira Pinheiro Rodrigues
Acadêmica de Medicina
Afya Palmas
E-mail: anaclarapbergamini@gmail.com

Milena Dourado Brasileiro
Acadêmica de Medicina
Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas
E-mail: milenabrasileiro2@gmail.com

Giovanna Rocha Placido Concesso
Acadêmica de Medicina
Afya Palmas
E-mail: giovannacplacido@gmail.com

Gabriella Tolentino Fleury
Acadêmica de Medicina
Universidade Evangélica de Goiás
E-mail: gabriella-tolentino@hotmail.com

Karine Harumi de Castro Shimasaki
Acadêmica de Medicina
Universidade Evangélica de Goiás (Unievangélica)
E-mail: karineharumis@outlook.com

Victhorya Maria Carvalho
Acadêmica de Medicina
Faculdade Zarns de Itumbiara
E-mail: carvalhovick6@gmail.com

Resumo

A fibrilação atrial subclínica detectada por dispositivos cardíacos está associada ao risco de acidente vascular cerebral, mas a indicação de anticoagulação nessa população exige a avaliação dos benefícios e dos possíveis danos do tratamento. Esta revisão narrativa da literatura teve como objetivo analisar as evidências sobre a anticoagulação oral em pacientes com fibrilação atrial subclínica, considerando a prevenção de eventos tromboembólicos e o risco hemorrágico. Foram analisados ensaios clínicos randomizados, metanálise e diretriz clínica relacionados ao tema, com ênfase nos estudos ARTESiA e NOAH-AFNET 6. Os achados indicaram que a anticoagulação pode reduzir a ocorrência de acidente vascular cerebral isquêmico, embora esteja associada ao aumento de sangramentos maiores. A interpretação dos resultados deve considerar as diferenças entre os estudos, as características dos pacientes e os riscos absolutos de cada desfecho. Conclui-se que a anticoagulação pode ser considerada em pacientes selecionados, mediante avaliação individualizada do risco tromboembólico e hemorrágico, decisão compartilhada e acompanhamento periódico.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral; Anticoagulantes; Fibrilação atrial; Hemorragia; Tomada de decisão compartilhada.

Abstract

Device-detected subclinical atrial fibrillation is associated with an increased risk of stroke; however, decisions regarding anticoagulation in this population require an assessment of the potential benefits and harms of treatment. This narrative literature review aimed to analyze the evidence on oral anticoagulation in patients with subclinical atrial fibrillation, considering the prevention of thromboembolic events and the risk of bleeding. Randomized clinical trials, a meta-analysis, and a clinical guideline related to the topic were analyzed, with emphasis on the ARTESiA and NOAH-AFNET 6 trials. The findings indicated that

anticoagulation may reduce the occurrence of ischemic stroke, although it is associated with an increased risk of major bleeding. Interpretation of the results should consider differences between studies, patient characteristics, and the absolute risks of each outcome. It is concluded that anticoagulation may be considered in selected patients following an individualized assessment of thromboembolic and bleeding risks, shared decision-making, and regular follow-up.

Keywords: Anticoagulants; Atrial fibrillation; Hemorrhage; Shared decision-making; Stroke.

1 INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia cardíaca associada ao aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC) e de outros eventos tromboembólicos. A prevenção dessas complicações constitui um dos principais objetivos do cuidado às pessoas com a arritmia. Na FA clínica, a indicação de anticoagulação oral é orientada principalmente pela avaliação do risco tromboembólico individual. Entretanto, a ampliação do monitoramento cardíaco por dispositivos implantáveis permitiu identificar episódios de FA em pessoas sem diagnóstico prévio da doença e, frequentemente, sem sintomas, trazendo novas questões para a prática clínica (Joglar *et al.*, 2024; Healey *et al.*, 2024).

A FA subclínica detectada por dispositivos é identificada por meio de registros obtidos durante o monitoramento cardíaco, como aqueles realizados por marcapassos, cardiodesfibriladores implantáveis e monitores cardíacos. Nesses pacientes, a ocorrência de episódios atriais de alta frequência deve ser avaliada por um profissional para confirmar a presença da arritmia e afastar registros incorretos. Embora a FA subclínica esteja associada ao risco de AVC, a magnitude desse risco e o benefício da anticoagulação podem diferir daqueles observados na FA clínica, especialmente em razão das características e da duração dos episódios detectados (Joglar *et al.*, 2024; Healey *et al.*, 2024).

A decisão de iniciar anticoagulação nesse contexto envolve ponderar o potencial de prevenção de eventos tromboembólicos e a possibilidade de sangramentos relevantes. Esse equilíbrio é particularmente importante porque os pacientes apresentam perfis distintos de risco para AVC e hemorragia, além de variações na duração dos episódios detectados. Assim, a identificação de uma arritmia por dispositivo não determina, isoladamente, que todos os indivíduos terão o mesmo benefício com o tratamento anticoagulante (Joglar *et al.*, 2024; McIntyre *et al.*, 2024).

Os ensaios clínicos ARTESiA e NOAH-AFNET 6 contribuíram para esclarecer essa questão, embora tenham empregado medicamentos, comparadores e desfechos diferentes. No ARTESiA, a apixabana reduziu a ocorrência de AVC ou embolia sistêmica em comparação com a aspirina, mas aumentou o risco de sangramento maior. No NOAH-AFNET 6, a edoxabana não reduziu significativamente o desfecho composto de morte cardiovascular, AVC ou embolia sistêmica em comparação com o grupo

controle e aumentou o desfecho de segurança composto por morte ou sangramento maior. O estudo foi interrompido precocemente, aspecto que deve ser considerado na interpretação de seus resultados (Healey *et al.*, 2024; Kirchhof *et al.*, 2023).

Em uma metanálise desses dois ensaios, a anticoagulação com apixabana ou edoxabana foi associada à redução do risco de AVC isquêmico e ao aumento de sangramentos maiores. Esses achados reforçam a necessidade de examinar não apenas os benefícios relativos do tratamento, mas também os riscos absolutos e as características dos pacientes estudados. Dessa forma, a interpretação conjunta das evidências pode contribuir para uma decisão individualizada e compartilhada, considerando o risco tromboembólico, o risco hemorrágico e as preferências do paciente (McIntyre *et al.*, 2024; Joglar *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre o uso de anticoagulantes orais em pacientes com fibrilação atrial subclínica detectada por dispositivos, considerando o equilíbrio entre a prevenção do AVC e o risco de sangramento. Busca-se, ainda, discutir os principais fatores envolvidos na seleção dos pacientes e as implicações dos estudos disponíveis para a tomada de decisão clínica.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo, cujo objetivo é analisar as evidências sobre a anticoagulação oral em pacientes com fibrilação atrial subclínica detectada por dispositivos. A revisão aborda os potenciais benefícios do tratamento na prevenção do acidente vascular cerebral e da embolia sistêmica, bem como os riscos hemorrágicos associados ao uso de anticoagulantes.

Foram considerados ensaios clínicos randomizados, metanálises e diretrizes clínicas pertinentes ao tema, identificados por meio de pesquisa bibliográfica em fontes científicas disponíveis online. A seleção priorizou publicações que abordassem pacientes com fibrilação atrial subclínica ou episódios atriais de alta frequência detectados por dispositivos cardíacos, com ênfase nos desfechos tromboembólicos e hemorrágicos relacionados à anticoagulação.

A análise contemplou os ensaios clínicos ARTESiA e NOAH-AFNET 6, uma metanálise que reuniu os resultados desses estudos e diretriz clínica sobre o diagnóstico e o tratamento da fibrilação atrial. As publicações foram selecionadas pela pertinência ao objetivo da revisão e pela contribuição para a compreensão dos benefícios e riscos da terapia anticoagulante nessa população.

As informações foram organizadas em eixos temáticos: características da fibrilação atrial subclínica detectada por dispositivos; risco de acidente vascular cerebral e de outros eventos tromboembólicos; efeitos da anticoagulação na prevenção desses eventos; risco de sangramento; e fatores envolvidos na decisão

terapêutica. Os achados foram apresentados de forma descritiva e discutidos considerando as características das populações estudadas, os comparadores utilizados e as limitações das evidências disponíveis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação da fibrilação atrial subclínica por dispositivos cardíacos ampliou a possibilidade de reconhecer episódios de arritmia em pacientes sem diagnóstico prévio de fibrilação atrial clínica. Entretanto, a detecção de episódios atriais de alta frequência exige avaliação dos registros para confirmar sua natureza, uma vez que nem todos correspondem necessariamente à fibrilação atrial. Após a confirmação, a duração dos episódios e as características clínicas do paciente tornam-se relevantes para a avaliação do risco tromboembólico e da necessidade de tratamento (Joglar *et al.*, 2024).

Embora a fibrilação atrial subclínica esteja associada ao aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC), esse risco parece ser, em média, menor do que o observado em pacientes com fibrilação atrial clínica. Essa diferença tem implicações para a decisão terapêutica: quando a probabilidade inicial de AVC é relativamente baixa, a redução absoluta de eventos obtida com a anticoagulação pode ser pequena e deve ser analisada em conjunto com o risco de sangramento. Dessa maneira, a indicação do tratamento não deve ser baseada apenas na presença da arritmia, mas também no perfil clínico individual (Healey *et al.*, 2024; McIntyre *et al.*, 2024).

A duração dos episódios detectados também representa um elemento importante nessa avaliação. No entanto, ainda existem incertezas sobre qual duração ou carga de fibrilação atrial subclínica identifica, com maior precisão, os pacientes que mais se beneficiam da anticoagulação. Além disso, os estudos disponíveis incluem populações com características específicas, o que limita a aplicação direta de seus resultados a todos os pacientes com episódios detectados por dispositivos (Joglar *et al.*, 2024; Healey *et al.*, 2024).

3.1 EVIDÊNCIAS DO ESTUDO ARTESIA

O estudo ARTESiA avaliou a eficácia e a segurança da apixabana em comparação com a aspirina em 4.012 pacientes com fibrilação atrial subclínica detectada por dispositivos e episódios com duração entre seis minutos e 24 horas. Os participantes apresentavam idade média de 76,8 anos e escore CHA_2DS_2-VASc médio de 3,9, indicando uma população predominantemente idosa e com fatores de risco para AVC. Após acompanhamento médio de 3,5 anos, a ocorrência de AVC ou embolia sistêmica foi de 0,78% ao ano no grupo que recebeu apixabana e de 1,24% ao ano no grupo que recebeu aspirina (Healey *et al.*, 2024).

Apesar da redução de eventos tromboembólicos, o uso de apixabana esteve associado a maior ocorrência de sangramento maior. Na população avaliada durante o tratamento, a taxa desse desfecho foi de 1,71% ao ano com apixabana e de 0,94% ao ano com aspirina. Esses resultados demonstram que o

benefício observado na prevenção de AVC ou embolia sistêmica foi acompanhado de aumento do risco hemorrágico, tornando necessária uma avaliação cuidadosa antes da escolha terapêutica (Healey *et al.*, 2024).

O ensaio NOAH-AFNET 6 avaliou 2.536 pacientes com 65 anos ou mais, episódios atriais de alta frequência detectados por dispositivos com duração mínima de seis minutos e pelo menos um fator adicional de risco para AVC. Os participantes foram distribuídos entre edoxabana e placebo; no grupo controle, havia previsão de uso de aspirina quando clinicamente indicada. O desfecho primário de eficácia reuniu morte cardiovascular, AVC ou embolia sistêmica, enquanto o desfecho de segurança reuniu morte por qualquer causa ou sangramento maior (Kirchhof *et al.*, 2023). A ocorrência do desfecho primário de eficácia foi de 3,2% ao ano no grupo edoxabana e de 4,0% ao ano no grupo placebo, sem diferença estatisticamente significativa. A incidência de AVC foi de aproximadamente 1% ao ano em ambos os grupos. Por outro lado, o desfecho composto de morte ou sangramento maior ocorreu em 5,9% ao ano dos pacientes tratados com edoxabana e em 4,5% ao ano daqueles do grupo controle. O estudo foi interrompido precocemente por questões de segurança e após uma avaliação que indicou baixa probabilidade de demonstrar eficácia para o desfecho primário (Kirchhof *et al.*, 2023).

A comparação entre o NOAH-AFNET 6 e o ARTESiA deve considerar diferenças no desenho dos estudos, nos medicamentos utilizados, nos tratamentos dos grupos controle e nos desfechos analisados. Portanto, a ausência de redução estatisticamente significativa do desfecho composto no NOAH-AFNET 6 e o resultado favorável da apixabana no ARTESiA não permitem concluir, isoladamente, que os medicamentos tenham eficácia diferente entre si. A interrupção precoce do NOAH-AFNET 6 também deve ser considerada ao interpretar seus resultados, pois pode limitar a capacidade de identificar efeitos do tratamento (Kirchhof *et al.*, 2023; Healey *et al.*, 2024).

A metanálise conduzida por McIntyre *et al.* (2024) reuniu os resultados dos ensaios ARTESiA e NOAH-AFNET 6 para avaliar os efeitos da anticoagulação oral em pacientes com arritmias atriais detectadas por dispositivos. A análise demonstrou redução do risco de AVC isquêmico com apixabana ou edoxabana, com risco relativo de 0,68, e aumento do risco de sangramento maior, com risco relativo de 1,62. Não foi observada redução significativa da mortalidade por todas as causas ou da mortalidade cardiovascular.

A análise conjunta fortalece a evidência de que a anticoagulação pode prevenir eventos isquêmicos nessa população, mas confirma que o benefício ocorre acompanhado de maior risco hemorrágico. A magnitude do efeito para cada paciente depende, entre outros aspectos, de seu risco inicial de AVC e da probabilidade de apresentar sangramento. Assim, uma redução relativa de risco semelhante pode representar benefícios absolutos diferentes em pessoas com perfis clínicos distintos (McIntyre *et al.*, 2024).

A interpretação dos resultados também exige atenção às limitações da evidência disponível. Os ensaios incluíram principalmente pacientes idosos, com fatores de risco para AVC e arritmias detectadas por dispositivos implantáveis. Dessa forma, seus achados não podem ser automaticamente extrapolados para pessoas mais jovens, indivíduos com baixo risco tromboembólico ou situações de detecção por outros métodos de monitoramento. Além disso, permanecem dúvidas sobre a duração dos episódios a partir da qual o benefício da anticoagulação supera o risco de sangramento em diferentes perfis de pacientes (Healey *et al.*, 2024; Kirchhof *et al.*, 2023).

A decisão sobre anticoagular pacientes com fibrilação atrial subclínica deve considerar a confirmação da arritmia, a duração dos episódios e o risco individual de eventos tromboembólicos. Também devem ser avaliados o histórico de sangramento, as condições clínicas associadas, a função renal e o uso concomitante de medicamentos que possam aumentar o risco hemorrágico. Esses fatores contribuem para identificar pacientes nos quais o possível benefício do tratamento merece ser cuidadosamente ponderado (Joglar *et al.*, 2024; McIntyre *et al.*, 2024).

A participação do paciente na decisão é relevante, pois a prevenção de um AVC e a possibilidade de um sangramento podem ser percebidas de maneiras diferentes conforme suas experiências e preferências. A discussão compartilhada deve apresentar, em linguagem compreensível, os benefícios e riscos esperados, as incertezas existentes e a necessidade de acompanhamento. Quando a anticoagulação não é iniciada, o seguimento clínico e a reavaliação dos registros do dispositivo permanecem importantes, especialmente diante da possibilidade de episódios mais prolongados ou de desenvolvimento de fibrilação atrial clínica (Joglar *et al.*, 2024).

Dessa forma, as evidências disponíveis sustentam uma abordagem individualizada para a anticoagulação na fibrilação atrial subclínica. Os resultados dos estudos demonstram potencial de redução de eventos isquêmicos, acompanhado de aumento de sangramentos maiores, sem estabelecer uma indicação universal de tratamento para todos os pacientes. A avaliação periódica do risco e o diálogo entre profissional de saúde e paciente são, portanto, componentes centrais da escolha terapêutica (McIntyre *et al.*, 2024; Joglar *et al.*, 2024).

4 CONCLUSÃO

A análise das evidências demonstrou que a anticoagulação oral em pacientes com fibrilação atrial subclínica detectada por dispositivos apresenta benefícios e riscos que devem ser considerados conjuntamente. Os estudos avaliados indicaram redução de eventos isquêmicos com o uso de anticoagulantes, acompanhada de aumento da ocorrência de sangramentos maiores. Esses achados reforçam que a identificação da arritmia, isoladamente, não é suficiente para justificar a mesma conduta em todos os pacientes.

A decisão terapêutica deve considerar a confirmação e a duração dos episódios detectados, o risco individual de acidente vascular cerebral, as condições associadas ao sangramento e as preferências do paciente. Nesse contexto, a decisão compartilhada e o acompanhamento periódico permitem reavaliar a relação entre benefícios e riscos à medida que as características clínicas ou os episódios de arritmia se modificam.

Conclui-se que a anticoagulação pode ser considerada em pacientes selecionados com fibrilação atrial subclínica, após avaliação individualizada. Entretanto, permanecem incertezas quanto à duração dos episódios e às características que identificam com maior precisão os indivíduos com maior benefício. Novos estudos poderão contribuir para aprimorar a seleção dos pacientes e orientar decisões clínicas mais seguras.

REFERÊNCIAS

HEALEY, Jeff S. *et al.* Apixaban for stroke prevention in subclinical atrial fibrillation. **The New England Journal of Medicine**, v. 390, n. 2, p. 107–117, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37952132/. Acesso em: 25 out. 2026.

JOGLAR, José A. *et al.* 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 83, n. 1, p. 109–279, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38043043/. Acesso em: 24 out. 2026.

KIRCHHOF, Paulus *et al.* Anticoagulation with edoxaban in patients with atrial high-rate episodes. **The New England Journal of Medicine**, v. 389, n. 13, p. 1167–1179, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37622677/. Acesso em: 22 out. 2026.

MCINTYRE, William F. *et al.* Direct oral anticoagulants for stroke prevention in patients with device-detected atrial fibrillation: a study-level meta-analysis of the NOAH-AFNET 6 and ARTESiA trials. **Circulation**, v. 149, n. 13, p. 981–988, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37952187/. Acesso em: 22 out. 2026.