

Emprego de Anticoagulantes em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva

Marco Aurélio Dias da Silva
São Paulo, SP

A decisão de empregar anticoagulantes (AC), profilaticamente, em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), deve obedecer à questão fundamental que embasa toda e qualquer decisão terapêutica: há relação risco/benefício favorável ao paciente?

Os riscos da anticoagulação são conhecidos e independem da cardiopatia ou da presença de ICC, relacionando-se, predominantemente, a fatores ligados ao paciente. O potencial benéfico, por seu turno, dependerá da cardiopatia de base, das alterações anatômicas e funcionais e, também, de características próprias de cada caso. Depende, pois, do potencial de risco de determinado paciente, numa dada situação, desenvolver fenômenos tromboembólicos (FTE). Os mecanismos envolvidos na gênese dos FTE podem ser considerados sob três componentes distintos, porém interdependentes: o componente arterial, os relacionados à câmara cardíaca e, ainda, a especial situação representada pelas próteses valvares, principalmente, as de material inorgânico¹.

No que tange às câmaras cardíacas, três fatores causais, ou precipitantes, estão envolvidos, segundo Virchow: lesão endocárdica, estase cavitária e hipercoagulabilidade. A estes acrescentaríamos, ainda, a presença de fibrilação atrial e a queda do débito cardíaco, a qual, independentemente de quaisquer outras condições, é considerada como fator patogênico para a ocorrência de FTE. A análise destes fatores deixa claro que ao menos dois deles guardam estreita vinculação com a ICC: a estase sanguínea nas cavidades dilatadas e o baixo débito cardíaco. Além disso, quanto mais grave e crônica for a insuficiência cardíaca, maiores serão as chances de associar-se à fibrilação atrial. Ou, em outras palavras: a ICC é, por si só, fator de risco para a ocorrência de FTE.

A aceitação desta premissa poderia sugerir, como corolário lógico, que a instituição da anticoagulação profilática estaria indicada em todos os pacientes com ICC. Não é esta, no entanto, a nossa posição². E não é, dado o outro lado da questão, os riscos inerentes ao emprego de AC. O risco de hemorragia, relacionado ao emprego de AC orais, tem se mostrado relativamente baixo, ao menos nos países desenvolvidos, conforme indicam vá-

rios estudos multicêntricos³. Em nosso meio, porém, presume-se que a prevalência seja maior, dadas as condições sócio-econômicas desfavoráveis de grande parcela dos portadores de ICC. Ainda assim, Campos e col⁴, acompanharam, por 49 meses, um total de 243 pacientes sob anticoagulação oral, tendo detectado complicações hemorrágicas em 0,66% pacientes/ano entre os jovens, e 0,90%, entre aqueles com mais de 65 anos. Outro aspecto a ser considerado é a cardiopatia de base. Sabe-se que a ICC associada a estenose mitral, endomiocardiofibrose e cardiopatia chagásica, tende a apresentar maior risco de FTE e, por conseguinte, justificaria maior tendência ao emprego de AC.

Percebe-se, pelo exposto, que a questão em debate, a validade do emprego de AC profilática em portadores de ICC, é difícil e complexa, não comportando resposta do tipo sim ou não, aplicável, indistintamente, a todos os casos. No estágio atual do nosso conhecimento, tudo leva a crer que a instituição da AC preventiva seja benéfica em alguns casos, e potencialmente prejudicial em outros, a maioria talvez. O desafio é, portanto, identificar o subgrupo no qual se esperam benefícios, com a instituição da terapêutica.

Com todas estas ressalvas, e ressaltando a importância de individualizar-se a conduta, é nosso ponto de vista que, em princípio, a instituição da AC profilática estaria indicada em portadores de ICC que satisfizessem uma, ou mais de uma, das seguintes condições: trombo intracavitário demonstrado à ecocardiografia e/ou ventriculografia; fibrilação atrial crônica; prótese valvar, mesmo que biológica; antecedente prévio de FTE.

Referências

1. Fuster V, Stein B, Halperin JC, Chesebro JH - Antithrombotic therapy in cardiac disease: An approach based on pathogenesis and risk stratification. *Am J Cardiol* 1990; 65: 38-44.
2. Dias da Silva MA - Anticoagulação: medida benéfica? *Rev SOCESP* 1993; 3: 73-8.
3. Hiach J - Use of warfarin (Coumarin). *Heart Dis Stroke* 1993; 2: 209-16.
4. Campos CR, Ramos AIO, Lira James N et al - Redução das complicações tromboembólicas em pacientes com valvopatia mitral pela anticoagulação. *Rev SOCESP* 1993; 3:(supl B): 24.