



ANTICOAGULAÇÃO ORAL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: OS CRITÉRIOS DE ADESÃO ESTÃO SENDO SEGUIDOS?¹

ANTICOAGULANT THERAPY IN CONGESTIVE HEART FAILURE: ARE THE ADHERENCE RULES BEING FOLLOWED?

Estela Gemha de NÓVOA²
José Francisco Kerr SARAIVA³
Cláudia Maria de FREITAS²

RESUMO

Objetivo

A anticoagulação oral na insuficiência cardíaca congestiva tem consenso estabelecido em algumas comorbidades de alto risco tromboembólico (fibrilação atrial, tromboembolismo, trombose venosa profunda, etc.). O objetivo deste trabalho foi avaliar as indicações, critérios e adesão ao tratamento em pacientes portadores de fibrilação atrial associada à insuficiência cardíaca congestiva.

Métodos

Foram analisados, de forma retrospectiva, 152 prontuários de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, 74 deles (48,7%) com indicação para

¹ Apresentado em reuniões científicas: I Congresso Internacional de Clínica Médica da UNIFESP/EPM. São Paulo, 2002; e no III Congresso Médico Acadêmico Samuel Pessoa, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas em 2001.

² Médicas graduadas pela Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas.

³ Disciplina de Cardiologia, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.G.NÓVOA. E-mail: estela_novoa@hotmail.com

anticoagulação oral (fibrilação atrial crônica, tromboembolismo prévio, valvopatias).

Resultados

Dos 74 pacientes que apresentaram indicação para anticoagulação oral, 28 (38%) estavam sendo anticoagulados, 23 (31,1%) de forma não-controlada. Idade superior a 80 anos, sangramento maior durante o uso do anticoagulante e baixo nível sócio-econômico-cultural foram os principais motivos para a não-anticoagulação.

Conclusão

A anticoagulação oral em pacientes com critérios para a sua aplicação foi baixa. Os autores ressaltam a importância do seguimento das diretrizes estabelecidas e da orientação da equipe médica para a prevenção adequada de fenômenos tromboembólicos em população de alto risco.

Termos de indexação: anticoagulação oral, tromboembolismo, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca congestiva.

A B S T R A C T

Objective

Treatment with oral anticoagulants in congestive heart failure is a well-established consensus in higher risk thromboembolic disease comorbidities (atrial fibrillation, thromboembolism, deep venous thrombosis). The aim of this paper was to evaluate indication, adherence and criteria for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation and congestive heart failure.

Methods

We retrospectively analyzed 152 patient records with class II, III and IV (NYHA) congestive heart failure, 74 of them (48.7%) with oral anticoagulation indications (chronic atrial fibrillation, previous thromboembolism, valvular heart disease).

Results

Of 74 patients with oral anticoagulant indications, 28 (38%) were under anticoagulant medication, 23 of which (31.1%) without adequate control. Aging, increased bleeding while under anticoagulant therapy and low socioeconomic and cultural level were the main reason for not prescribing anticoagulants to these patients.

Conclusion

Oral anticoagulation was low in patients with indication for its application. The authors emphasize the importance of compliance with the established guidelines and orientation of the medical team to improve the treatment of high-risk patients.

Index terms: *oral anticoagulation, thromboembolism, atrial fibrillation, heart failure, congestive.*

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial é um problema de saúde pública associado com mortalidade e morbidade significativas. Pacientes com esta forma de arritmia apresentam risco aumentado para acidente vascular encefálico (15% dos casos estariam associados com a arritmia) e outros eventos tromboembólicos¹.

A distribuição por faixa etária desta arritmia concentra-se, principalmente, em pacientes idosos. Estima-se que 1 a 2% da população norte-americana com mais de 60 anos apresenta fibrilação atrial, sendo a prevalência predominante nos mais idosos². Aronow *et al.*³ observaram que a prevalência desta arritmia em octagenários foi de 13%. Além disso, o risco de acidente vascular encefálico tem sido por volta de 33%⁴.

Dados do Estudo Framingham⁵ mostraram o impacto da fibrilação atrial e outras doenças cardiovasculares em população de 5 mil pacientes. Naqueles com coronariopatia ou insuficiência cardíaca congestiva, a presença de fibrilação atrial duplicou o risco para acidente vascular encefálico em homens e triplicou em mulheres, sendo a fibrilação atrial fator de risco independente para o desenvolvimento de acidente vascular encefálico em idosos, particularmente, em octagenários.

Na busca por medidas preventivas contra o acidente vascular encefálico, tem sido proposto o emprego de anticoagulantes orais, embora o uso desta classe terapêutica de drogas, tenha sido rejeitado por muito tempo, diante do risco de sangramentos maiores (trato digestivo, sistema nervoso central e aqueles que necessitam de transfusão sanguínea), principalmente, em idosos. No entanto, metanálise de grandes estudos clínicos⁶ demonstrou a segurança e eficácia do uso da terapia com anticoagulantes orais, estabelecendo-se de forma definitiva seu benefício em pacientes portadores de fibrilação atrial, com ou sem comorbidades.

Dessa forma, as diretrizes atuais recomendam o emprego da anticoagulação oral em pacientes com menos de 75 anos, com fibrilação atrial e outros fatores de risco para o tromboembolismo (insu-

ficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, etc.), e em todos os pacientes com mais de 75 anos, com ou sem comorbidades. O uso profilático da anticoagulação oral constituiu verdadeira mudança nos paradigmas sobre o emprego desta terapêutica, contra-indicada, até então, pela hipótese de que os riscos de sangramento superassem os benefícios.

Os anticoagulantes orais (cumarínicos) são compostos orgânicos de baixo peso molecular, com estrutura similar à da vitamina K, inibindo sua função de coenzima na síntese do ácido carboxiglutâmico dos fatores de coagulação II, VII, IX e X. Dessa forma, a adesão destes fatores aos fosfolípidos plaquetários e sua posterior ativação ficam inibidas. Inativos como pró-coagulantes competem com os fatores de coagulação normais. O controle clínico da anticoagulação oral faz-se pelos valores do Tempo e da Atividade da Protrombina e pela Relação de Normalização Internacional, mantida entre 2 e 3, de forma a obter-se anticoagulação profilática do tromboembolismo e prevenção contra a ocorrência de hemorragias maiores⁷.

No entanto, apesar das evidências e dos benefícios já demonstrados na prática médica a terapia profilática com anticoagulantes orais não tem sido largamente aplicada, permanecendo restrita a pequeno grupo de pacientes que a utilizam, em detrimento da extensão deste benefício a pacientes de alto risco. Idade avançada, risco de hemorragias, dificuldade para os controles clínico e laboratorial destes pacientes e, principalmente, a falta de conhecimento das diretrizes pelos clínicos têm contribuído para a disparidade entre o que se é recomendado e aquilo que se faz na prática clínica¹.

O objetivo deste estudo foi verificar a frequência de anticoagulação oral em pacientes portadores de fibrilação atrial associada à insuficiência cardíaca congestiva e se a terapêutica foi aplicada de forma adequada.

PACIENTES E MÉTODOS

O estudo baseou-se em levantamento retrospectivo dos prontuários de pacientes em

acompanhamento regular no Ambulatório de Cardiologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Foram analisados 152 prontuários de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva classe funcional II, III e IV (NYHA), com confirmação diagnóstica através de dados clínicos e determinação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo obtida pelo ecocardiograma ou na ventriculografia radioisotópica. A média de idade entre os pacientes foi de 65 anos, com desvio-padrão de 13,50619, sendo 78 do sexo masculino e 74 do sexo feminino.

Dentre estes pacientes, 74 (48,7%) apresentavam indicações para a anticoagulação oral, representadas por fibrilação atrial crônica, *flutter* atrial, valvopatias e acidente vascular encefálico prévio.

O estudo e o projeto de publicação dos dados obtidos foram aprovados pelo Comitê de Ética Médica em Pesquisa em Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESULTADOS

Dos 74 pacientes com indicação para a anticoagulação oral, 58 (78,4%) apresentavam

fibrilação atrial crônica, 2 (2,7%), *flutter* atrial, 2 (2,7%), valvopatias e 12 (16,2%), acidente vascular encefálico prévio (Figura 1).

Em relação à anticoagulação oral, 28 (38%) estavam recebendo a medicação anticoagulante. Destes, apenas 5 (7%) estavam usando-a de forma controlada e 23 (31,1%), de forma não-controlada (Figura 2).

Entre os 46 pacientes (62%) que não faziam uso da medicação, os principais motivos encontrados foram idade superior a 80 anos, sangramento maior durante o uso do anticoagulante e baixo nível socioeconômico-cultural.

DISCUSSÃO

Embora, nos últimos anos, tenham sido estabelecidos definitivamente o benefício e a segurança do emprego da terapia com anticoagulantes orais para a profilaxia do tromboembolismo em pacientes portadores de fibrilação atrial, sua aplicação, na prática clínica, não tem sido expressiva. Em uma revisão dos estudos sobre as taxas de anticoagulação em pacientes com alto risco tromboembólico e sem contra-indicações, em hospitais norte-americanos, canadenses e europeus, foi identificada uma baixa incidência de anticoagulação

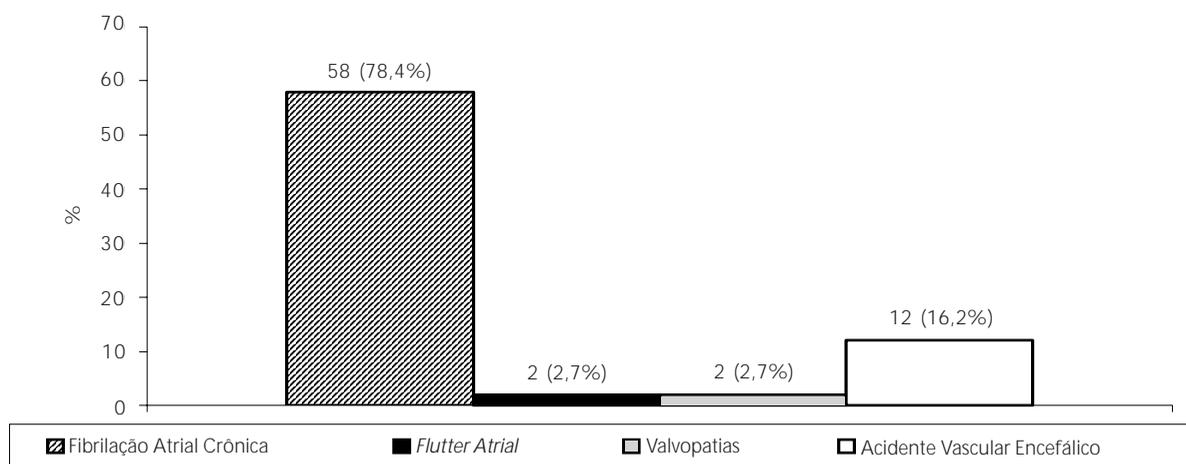


Figura 1. Indicação para a anticoagulação oral em 74 pacientes, segundo o diagnóstico.

nas instituições estudadas. Com a exceção de um estudo⁸, a incidência de anticoagulação variou de 15,2% a 44,1% nos pacientes com indicação para esta terapêutica¹.

Tal qual a literatura, nossos resultados mostraram baixa incidência de anticoagulação oral em pacientes com indicação para a mesma (38% e com baixo índice de controle).

A disparidade entre aquilo que é recomendado e o que se faz na prática clínica está, provavelmente, relacionada ao desconhecimento médico das diretrizes, à falta de organização de serviços específicos para o atendimento destes pacientes e à orientação inadequada dos mesmos, quanto aos riscos e benefícios do tratamento, conforme revisão de estudos que buscavam avaliar as barreiras à prescrição da terapêutica com anticoagulantes orais¹.

No caso de barreiras relacionadas aos pacientes, a idade, a persistência de risco tromboembólico e para hemorragias, geralmente, influenciam a prescrição de anticoagulantes. A idade avançada foi identificada como limitação persistente ao uso

da terapêutica^{2, 10-15} que, se prescrita, ocorre em níveis inferiores aos recomendados embora, esteja estabelecida a segurança nesta faixa etária^{9, 10, 16, 17}. Ao contrário, nos pacientes com antecedente de acidente vascular encefálico, o emprego da anticoagulação tem sido feito de forma mais enfática^{9, 11, 13, 14}, considerando-se a relação risco/benefício entre o uso da terapêutica para a diminuição do risco tromboembólico e o risco de hemorragias^{18, 19}.

Alguns profissionais médicos demonstram, porém, receio para o emprego da terapêutica, considerando uma possível recusa do paciente^{14, 15} ou a ausência de adesão; e outros acreditam na piora da qualidade de vida do paciente que faz uso de anticoagulantes^{11, 13, 14}.

Segundo Chang *et al.*¹⁸, cardiologistas acreditavam que o risco de tromboembolismo, comparado ao de hemorragias, estaria superestimado. Essa seria a única informação consistente que poderia influenciar a decisão sobre o emprego da anticoagulação oral e está relacionada com a experiência particular de cada profissional médico com o uso da terapêutica.

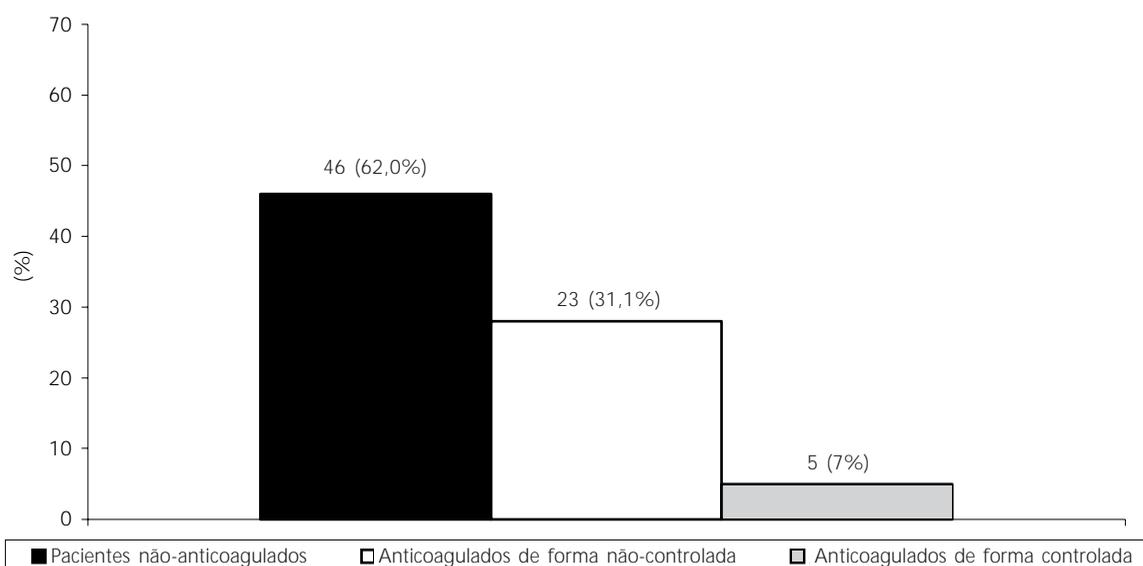


Figura 2. Distribuição dos pacientes quanto à frequência de anticoagulação oral e controle da mesma.

Em uma avaliação apurada neste Serviço, um ano após o levantamento dos dados apresentados neste trabalho, foi verificado um aumento na taxa de prescrição da terapia com anticoagulantes, de 15,8% para 38,0%, com o estabelecimento de rotina que consistiu em: criação de banco de dados com todos os pacientes com indicação para o uso de anticoagulantes orais, ambulatório de anticoagulação e divulgação para a equipe, de diretrizes internacionais para o emprego da terapêutica em questão. O intervalo de confiança de 95,0% calculado variou de 0,27 a 0,49, com $p=0,016$, demonstrando que o aumento na prevalência de anticoagulação foi significativo. Foi verificado que, apesar do conhecimento dos benefícios, o emprego da mesma tem ficado a desejar, como observado em outros estudos⁹.

No caso, a dúvida dos profissionais médicos estaria relacionada ao desconhecimento das pesquisas clínicas e/ou à não aceitação das diretrizes^{11,18}. Ainda, os consensos com as recomendações sobre o emprego da terapia com anticoagulantes orais podem variar entre si, em um determinado país¹⁹, contribuindo para a diversidade na prática clínica.

Pouco investigado, ainda, seria o receio de processos médico-legais, diante da prescrição da terapêutica para pacientes sem condições para a realização adequada da mesma, como por exemplo, nos estílistas. Alega-se também, a dificuldade em manter-se a Relação de Normatização Internacional na faixa terapêutica, seja pelo aparato clínico insuficiente, seja pela falta de colaboração do paciente^{2,9,11,16,18,20}.

É importante frisar que, entre os pacientes vítimas de acidente vascular encefálico, em uso de anticoagulantes orais, a maior parte encontrava-se com a Relação de Normatização Internacional fora da faixa terapêutica. Diferente dos vários estudos clínicos que provam a eficácia da terapia anticoagulante, a prática médica diária enfrenta as barreiras relacionadas ao Sistema Público de Saúde. Estudos indicaram que muitos profissionais médicos consideram inconveniente o monitoramento da

terapêutica com anticoagulantes orais^{11,13,20}, por causa do tempo necessário e dos problemas com o aparato laboratorial. Há quem acredite na necessidade de recursos financeiros adicionais; outros, na ajuda complementar²⁰.

Estes dados ressaltam a importância de verificar-se o cumprimento de rotinas já estabelecidas como benéficas, uma vez que, à luz dos achados deste trabalho, desperta-se para a proposta de mudanças com a finalidade de melhorar-se a qualidade da assistência neste grupo de pacientes. Dentre as medidas que acreditamos ser valiosas para o sucesso da anticoagulação oral plena em pacientes de alto risco para o tromboembolismo, estão: a criação de Ambulatório de Anticoagulação; a divulgação das diretrizes; a orientação dos pacientes; a agilização da interface laboratório, médico e paciente.

Entende-se que a identificação dos motivos que levam aos baixos índices de anticoagulação, associada às estratégias propostas, possam diminuir a grande diferença encontrada entre aquilo que se propõem e a realidade da prática clínica.

A G R A D E C I M E N T O S

A Dárcio Maurício Correia, Gustavo A. G. Favaro, Fernando e Flávio Gemha de Nóvoa, que participaram da elaboração deste trabalho em diferentes fases.

R E F E R Ê N C I A S

1. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation do not receive warfarin? *Arch Intern Med* 2000; 160:41-46.
2. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: The Framingham Study. *N Engl J Med* 1982; 306:1018-22.
3. Aronow WS. Correlation of arrhythmias and conduction defects on the resting electrocardiogram

- with new cardiac events in 1153 elderly patients. *AM J Noninvas Cardiol* 1991; 5:88-90.
4. Sherman DG, Goldman L, Whiting RB, *et al.* Thromboembolism in patients with atrial fibrillation. *Arch Neurol* 1984; 41:708-10.
 5. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial Fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study. *Stroke* 1991; 22:983-88.
 6. Tresch D, Aronow W. Cardiovascular disease in the elderly patient. New York: 2nd. Marcel Dekker; 1999.
 7. Hylek EM, Skates SJ, Sheehan MA, Singer DE. An Analysis of the Lowest Effective Intensity of Prophylactic Anticoagulation for patients with nonrheumatic atrial fibrillation. *N Engl J Med* 1996; 335:540-46.
 8. Gottlieb LK, Salem-Schatz S. Anticoagulation in atrial fibrillation: does efficacy in clinical trials translate into effectiveness in practice? *Arch Intern Med* 1994; 154:1945-53.
 9. Beyth RJ, Antani MR, Covinsky KE, *et al.* Why isn't warfarin prescribed to patients with nonrheumatic atrial fibrillation? *J Gen Intern Med* 1996; 11:721-28.
 10. Brass LM, Krurnholz HM, Scinto JM, Radford M. Warfarin use among patients with atrial fibrillation. *Stroke* 1997; 28:2382-89.
 11. Kutner M, Nixon G, Silverstone F. Physicians' attitudes toward oral anticoagulants and antiplatelet agents for stroke prevention in elderly patients with atrial fibrillation. *Arch intern Med* 1991; 151:1950-53.
 12. Lawson F, McAlister F, Ackman M, Ikuta R, Montague T. The utilization of antithrombotic prophylaxis for atrial fibrillation. *J AM Geriatr Soc* 1996; 44:1-4.
 13. McCrory DC, Matchar DB, Samsa G, Sanders LL, Pritchett ELC. Physician attitudes about anticoagulation for nonvalvular atrial fibrillation in the elderly. *Arch Int Med* 1995; 155:277-81.
 14. Munschauer FE, Priori RL, Hens M, Castilone A. Thromboembolism prophylaxis in chronic atrial fibrillation: practice patterns in community and tertiary – care hospitals. *Stroke* 1997; 28:72-6.
 15. Whittle J, Wickenheiser L, Venditti LN. Is warfarin underused in the treatment of elderly persons with atrial fibrillation? *Arch Int Med* 1997; 157:441-45.
 16. Brodsky MA, Chun JG, Podrid PJ, Douban S, Allen BJ, Cygan R. Regional attitudes of generalists, specialists, and subspecialists about management of atrial fibrillation. *Arch Int Med* 1996; 156: 2553-62.
 17. Howard PA, Duncan PW. Primary stroke prevention in non valvular atrial fibrillation: implementing the clinical trial findings. *Ann Pharmacother* 1997; 31:1187-96.
 18. Chang HG, Bell JR, Devoo DB, Kirk JW, Wasson JH. Physician variation in anticoagulating patients with atrial fibrillation. *Arch Int Med* 1990; 150:81-4.
 19. Lip GYH, Zarifis J, Watson RDS, Beevers DG. Physician variation in the management of patients with atrial fibrillation. *Heart* 1996; 75:200-5.
 20. Thomson R, McElroy H, Sudlow M. Guidelines on anticoagulant treatment in atrial fibrillation in Great Britain: variation in content and implications for treatment. *BMJ* 1998; 316:509-13.
 21. Rodgers H, Sudlow M, Dobson R, Kenny RA, Thomson RG. Warfarin anticoagulation in primary care: a regional survey of present practice and clinicians' views. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 309-10.
- Recebido para publicação em 25 de outubro de 2002 e aceito em 15 de agosto de 2003.

