Anticoagulantes orais e sangramentos

Prof Dr. Hermes Toros Xavier; Profa. Esp. Neyma Andria Ramos

Autor para correspondência: hermes.xavier@unisanta.br

No manejo de pacientes em uso de anticoagulantes orais, diretrizes definem como sangramento maior ou de mais gravidade, aqueles que se caracterizam por uma ou mais das seguintes condições: sangramento em órgão crítico; sangramento com instabilidade hemodinâmica ou com queda nos níveis de hemoglobina em pelo menos 2 g/dL; e sangramentos que necessitem de transfusão de duas ou mais unidades de glóbulos. Evento hemorrágico que não contemple essas condições é considerado sangramento não-maior.

Na ocorrência de hemorragias importantes, o uso de anticoagulantes e antiplaquetários deve ser interrompido, o acesso intravenoso garantido e as medidas de hemostasia local, rapidamente estabelecidas. Na disponibilidade do agente, a reversão do efeito dos anticoagulantes orais está recomendada. Nos casos de sangramento de órgãos críticos, intervenções definitivas por cirurgia ou radiologia intervencionista, devem ser instituídas. As transfusões de produtos sanguíneos e outras medidas de apoio devem ser implementadas, quando convenientes. Para aqueles em uso dos anticoagulantes orais diretos (DOAC) – dabigatrana, rivaroxabana, apixabana e edoxabana, é razoável considerar a administração de idarucizumabe ou andexanet.

Nos pacientes com sangramento não-maior, os anticoagulantes orais devem ser interrompidos, temporariamente, até que se alcance a hemostasia e que estejam clinicamente estáveis. As orientações ao paciente e seus familiares é muito importante. No caso de um sangramento não-maior onde procedimentos, hospitalização ou transfusão não são necessários para a hemostasia, os anticoagulantes podem ser mantidos. Quanto ao uso concomitante de antiplaquetários, se recomenda atenção especial à relação risco-benefício da suspensão desse fármaco.

O momento de se reiniciar o tratamento deve se basear no risco trombótico e no risco de novos sangramentos. Uma vez, que em várias situações clínicas, o tratamento não seria mais indicado, nessas podemos incluir: indicações temporárias de anticoagulação; fibrilação atrial (FA) não-valvar com escore de CHA2DS2VASc menor que 2 para homens e

menor que 3 para mulheres; tromboembolismo venoso (TEV) há mais de 3 meses; recuperação de miocardiopatia aguda por estresse; e implante de prótese valvar biológica sem FA, há mais de 3 meses.

Assim, o benefício clínico líquido deve orientar o reinicio do uso de anticoagulantes após um episódio de sangramento.

Frente a um panorama global onde a idade das populações avança e, consequentemente mais pessoas serão tratadas com os anticoagulantes orais, é necessário manter-se o foco na literatura, uma vez que novos estudos explorando as diversas situações clínicas que envolvem essa terapia seguem em andamento.

Referências bibliográficas:

1. Tomaselli GF et al. 2020 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants: A Report of the ACC Solution Set Oversight Committee. JACC. 2020; DOI: 10.1016/j.jacc.2020.04.053.