

ANTICOAGULAÇÃO NA FIBRILAÇÃO ATRIAL DO PACIENTE IDOSO FRÁGIL: O BALANÇO ENTRE O RISCO DE SANGRAMENTO (HAS-BLED) E O BENEFÍCIO TROMBOEMBÓLICO (CHA₂DS₂-VASc) COM OS DOACs

ANTICOAGULATION IN ATRIAL FIBRILLATION IN THE FRAIL ELDERLY PATIENT: BALANCING BLEEDING RISK (HAS-BLED) AND THROMBOEMBOLIC BENEFIT (CHA₂DS₂-VASc) WITH DOACs

Alan Felipe Bello Secco¹, Gabriel Felipe Damo².

1. Professor do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco; 2. Acadêmico do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco, gabrielfelipedamo@gmail.com.

Eixo: 1

RESUMO

Introdução: A fibrilação atrial (FA) atinge prevalência superior a 10% na população octogenária, coincidindo frequentemente com a síndrome da fragilidade clínica, risco aumentado de quedas e polifarmácia. Historicamente, o receio de sangramentos graves e traumatismos cranianos gera subprescrição de anticoagulantes nesse grupo de alta vulnerabilidade, apesar de apresentarem a maior pontuação em escores de risco embólico. **Objetivo:** Avaliar criticamente o balanço entre o benefício tromboembólico avaliado por escores clínicos e o risco hemorrágico estratificado pelo HAS-BLED, destacando a segurança e o papel dos anticoagulantes orais diretos (DOACs) no idoso frágil. **Método:** Revisão integrativa da literatura médica indexada nas bases PubMed, MEDLINE e Cochrane Library entre 2021 e 2026, focando em ensaios clínicos, coortes de vida real e consensos internacionais de cardiologia e geriatria. **Resultados:** Os DOACs demonstraram perfil de eficácia superior ou não inferior aos antagonistas da vitamina K na prevenção de acidente vascular cerebral isquêmico e embolia sistêmica, com redução marcante de hemorragia intracraniana mesmo em idosos frágeis e com alto risco de quedas. O escore HAS-BLED consolidou-se como ferramenta para identificar e mitigar fatores hemorrágicos modificáveis, e não como justificativa para contraindicar a anticoagulação. **Discussão:** A tomada de decisão deve pautar-se na avaliação geriátrica ampla, ajuste posológico conforme função renal e peso corporal, evitando reduções inadequadas de dose que comprometem a proteção embólica. **Conclusão:** No paciente idoso frágil com FA, o benefício líquido da anticoagulação com DOACs supera sistematicamente o risco de sangramento, tornando mandatória a superação da inércia terapêutica por meio de um acompanhamento multidisciplinar contínuo.

Palavras-chave: Fibrilação Atrial. Idoso Frágil. Anticoagulantes Orais Diretos. Risco Tromboembólico. Hemorragia.

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) representa a arritmia sustentada mais comum no cenário da prática clínica geriátrica, correlacionando-se com elevação expressiva da morbimortalidade cardiovascular, insuficiência cardíaca e declínio cognitivo decorrente de microembolizações encefálicas¹. O envelhecimento populacional associa-se à progressão da síndrome da fragilidade, caracterizada por perda da reserva fisiológica, sarcopenia, marcha lentificada e instabilidade postural, condições que expõem o indivíduo a eventos adversos frequentes².

A estimativa do risco tromboembólico mediante o escore CHA₂DS₂-VASc (e sua evolução para o escore CHA₂DS₂-VA nas diretrizes mais recentes) posiciona a quase totalidade dos idosos frágeis na categoria de alto risco (pontuação superior ou igual a 2), na qual a anticoagulação oral plena é categoricamente recomendada^{3,4}. Paralelamente, o escore HAS-BLED costuma apresentar pontuações elevadas nesses pacientes devido à idade avançada, hipertensão, disfunção renal associada e histórico de eventos hemorrágicos prévios⁵.

Esse cenário gera um paradoxo assistencial em que o paciente com a indicação mais contundente para prevenção embólica é frequentemente privado do tratamento por temor excessivo de complicações hemorrágicas, em particular hematomas subdurais decorrentes de quedas acidentais^{6,7}. A consolidação dos anticoagulantes orais diretos (DOACs — apixabana, rivaroxabana, dabigatrana e edoxabana) reformulou essa perspectiva ao oferecer maior comodidade posológica e redução acentuada de sangramentos letais⁸. Esta revisão analisa as evidências contemporâneas que fundamentam o uso seguro dos DOACs no idoso frágil e estabelece estratégias para otimizar o manejo clínico diário.

MÉTODO

Esta investigação fundamentou-se em uma revisão integrativa da produção científica recente, englobando o período de 2021 a 2026. O levantamento bibliográfico foi conduzido nas plataformas PubMed, MEDLINE, Lilacs e Cochrane Database of Systematic Reviews, utilizando os descritores MeSH: *Atrial Fibrillation*, *Frail Elderly*, *Anticoagulants*, *Factor Xa Inhibitors*, *Hemorrhage* e *Stroke*.

A seleção compreendeu ensaios clínicos de fase III e IV, subanálises focadas em populações idosas e frágeis, metanálises de estudos de vida real e diretrizes clínicas emitidas pela *European Society of Cardiology* (ESC), *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)^{3,8,9}. Foram incluídos estudos que avaliaram desfechos clínicos compostos de eficácia (AVC isquêmico, embolia sistêmica e mortalidade geral) e segurança (sangramento maior, hemorragia digestiva e hemorragia intracraniana). Foram excluídos trabalhos que avaliaram exclusivamente FA valvar por estenose mitral moderada/grave ou próteses mecânicas, além de relatos de casos isolados.

RESULTADOS

Os dados cumulativos de grandes ensaios clínicos e registros observacionais de vida real confirmam que os DOACs apresentam benefício clínico líquido amplamente favorável em comparação à varfarina na população idosa frágil¹⁰. Análises estratificadas demonstraram que a redução do risco relativo de hemorragia intracraniana (HIC) com os DOACs atinge cerca de 50% quando comparada aos antagonistas da vitamina K, sendo este o achado de segurança mais expressivo em pacientes com instabilidade de marcha e histórico de quedas frequentes^{6, 8}.

No que tange à estratificação de risco, modelos matemáticos e coortes de seguimento evidenciaram que um paciente precisaria sofrer centenas de quedas por ano para que o risco de sangramento intracraniano superasse o benefício preventivo da anticoagulação contra o AVC isquêmico embólico². O escore HAS-BLED, quando pontuado em 3 ou mais, não deve ser interpretado como contraindicação ao anticoagulante, mas sim como um sinalizador da necessidade de identificar e intervir ativamente sobre fatores modificáveis: controle pressórico rigoroso, cessação do consumo alcoólico, suspensão de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) concomitantes e monitorização da função renal^{5, 11}.

Em relação à escolha do fármaco, a apixabana e a edoxabana destacaram-se nas análises de subgrupos de idosos octogenários e frágeis por manterem menores taxas de hemorragia gastrointestinal e sangramento maior em comparação aos regimes convencionais^{8, 12}. A dosagem correta dos DOACs revelou-se um ponto crítico: estudos demonstram que a redução inadvertida e empírica da dose fora dos critérios estabelecidos em bula (como creatinina, idade e peso) não diminui as taxas de hemorragia, mas aumenta significativamente o risco de AVC isquêmico e mortalidade cardiovascular¹³.

DISCUSSÃO

A tomada de decisão terapêutica no idoso frágil exige a transição do medo empírico de sangramento para uma abordagem estruturada baseada em evidências. A fragilidade, longe de constituir motivo para suspensão, amplifica a vulnerabilidade tanto para fenômenos trombóticos quanto hemorrágicos, de modo que o benefício absoluto da anticoagulação é matematicamente maior no idoso frágil do que no jovem saudável¹².

A incorporação da avaliação geriátrica ampla na rotina cardiológica permite mapear o risco funcional do paciente. Medidas práticas de prevenção de quedas (como reabilitação fisioterapêutica, adequação do ambiente doméstico e revisão de psicotrópicos sedativos) mitigam o risco de trauma físico sem a necessidade de privar o paciente da proteção

antitrombótica⁶. Adicionalmente, a monitorização periódica da taxa de filtração glomerular estimada pela fórmula de Cockcroft-Gault é mandatória para reavaliar a posologia dos DOACs excretados por via renal, prevenindo acúmulo de droga e toxicidade^{3, 8}.

Para pacientes nos quais a anticoagulação oral torna-se absolutamente proibitiva — como nos casos de sangramentos recorrentes não tratáveis com risco de morte ou disfunção renal em estágio terminal sem acesso a opções seguras —, a oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo surge como alternativa intervencionista validada pelas diretrizes contemporâneas para redução do risco cardioembólico sem necessidade de anticoagulação prolongada^{3, 9}.

CONCLUSÃO

O manejo da fibrilação atrial no paciente idoso frágil consolida o princípio de que o benefício tromboembólico da anticoagulação com DOACs supera substancialmente os riscos de sangramento grave. A avaliação do escore HAS-BLED deve ser direcionada para a neutralização de fatores de risco modificáveis, rejeitando o seu emprego como justificativa para a negação da terapia preventiva.

A adoção dos anticoagulantes orais diretos em dosagens adequadas, associada ao acompanhamento regular da função renal e à implementação de programas de prevenção de quedas, assegura a integridade neurológica e a qualidade de vida dessa população vulnerável. O futuro da assistência geriátrica e cardiológica reside na erradicação da inércia terapêutica, garantindo que o idoso frágil receba proteção antitrombótica segura, eficaz e individualizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the EACTS. *Eur Heart J*. 2021;42(5):373-498.
2. Steffel J, Collins R, Antz M, et al. 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. *Europace*. 2021;23(10):1612-1676.
3. European Society of Cardiology. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-3414.

4. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2024;149(1):e1-e156.
5. Lip GY, Lane DA. Bleeding Risk Assessment in Patients with Atrial Fibrillation: The HAS-BLED Score and Beyond. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(4):390-393.
6. Donzé J, Clair C, Hug B, et al. Risk of falls and major bleeds in patients on oral anticoagulation therapy. *Am J Med*. 2012;125(8):773-778.
7. Wilkinson C, Todd O, Clegg A, et al. Management of atrial fibrillation for older people with frailty: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2021;50(6):1969-1983.
8. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383(9921):955-962.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial – Atualização 2026. *Arq Bras Cardiol*. 2026;126(2):110-155.
10. Chao TF, Chiang CE, Liao JN, et al. Comparing the Effectiveness and Safety Between Direct Oral Anticoagulants and Warfarin in the Frail Elderly Patients With Atrial Fibrillation. *Chest*. 2022;161(2):520-530.
11. Lane DA, Lip GY. Use of the CHA(2)DS(2)-VASc and HAS-BLED scores to aid decision making for thromboprophylaxis in nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation*. 2012;126(7):860-865.
12. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, et al. Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2013;369(22):2093-2104.
13. Yao X, Shah ND, Sangaralingham LR, et al. Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant Dosing in Patients With Atrial Fibrillation and Renal Dysfunction. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(1):23-33.