

Recomendações de Bolso da ESC de 2017

Comissão para as
Recomendações Práticas

TAPD

Atualização sobre a Terapêutica
Antiagregante Plaquetária Dupla
na Doença Coronária



ESC

Sociedade Europeia
de Cardiologia



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA

Distribuição no âmbito de Colaboração
para a formação científica continuada



biénio 2017-2019
www.spc.pt

Patrocínio de:



Tradução: Isabel Moreira Ribeiro
Revisão: Francisco Moscoso Costa, Jorge Ferreira
Coordenação: Jorge Ferreira

Os Patrocinadores não estiveram envolvidos
no conteúdo científico do documento

I. Classes de recomendações e Níveis de Evidência da ESC

Tabela 1 Classes de recomendações

Classes de recomendações	Definição	Terminologia a utilizar
Classe I	Evidência e/ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção é benéfico, útil e eficaz.	É recomendado / é indicado
Classe II	Evidências contraditórias e/ou divergências de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou intervenção.	
<i>Classe IIa</i>	<i>Peso da evidência/opinião majoritariamente a favor da utilidade/eficácia.</i>	Deve ser considerado
<i>Classe IIb</i>	<i>Utilidade/eficácia pouco comprovada pela evidência/opinião.</i>	Pode ser considerado
Classe III	Evidências ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção não é útil/eficaz e que poderá ser prejudicial em certas situações.	Não é recomendado

Tabela 2 Níveis de evidência

Nível de evidência A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou de meta-análises.
Nível de evidência B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
Nível de evidência C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.



ESC

European Society
of Cardiology

© 2017 The European Society of Cardiology

Nenhuma parte das presentes Recomendações pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem a autorização escrita da ESC.

O seu conteúdo consiste na adaptação das Recomendações de 2017 da ESC sobre a Atualização da Terapêutica Antiagregante Plaquetária Dupla na Doença Coronária em colaboração com a EACTS (European Heart Journal 2017; - doi: 10.1093/eurheartj/ehx 419).

Para aceder ao texto integral conforme foi publicado pela *European Society of Cardiology* visite o nosso site:

www.escardio.org/guidelines

Copyright © European Society of Cardiology 2017 - Todos os direitos reservados.

O conteúdo destas Recomendações da *European Society of Cardiology* (ESC) foi publicado unicamente para uso profissional e educativo. Não está autorizado o seu uso comercial. Nenhuma parte das presentes Recomendações da ESC pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem autorização escrita da ESC. A autorização pode ser obtida mediante apresentação de um pedido por escrito dirigido à ESC, Practice Guidelines Department, 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - França. Endereço eletrónico: guidelines@escardio.org.

Renúncia de responsabilidade:

As Recomendações da ESC expressam a opinião da ESC e foram elaboradas após cuidadosa consideração do conhecimento científico e médico e das evidências disponíveis à data da sua redação. A ESC não é responsável por qualquer contradição, discrepância e/ou ambiguidade entre as Recomendações da ESC e quaisquer outras sugestões oficiais ou recomendações publicadas pelas autoridades relevantes no âmbito da saúde pública, em particular relacionadas com o bom uso dos cuidados de saúde ou de estratégias terapêuticas. Os profissionais de saúde são encorajados a tê-las em consideração no exercício da sua avaliação clínica bem como na determinação e implementação de estratégias médicas preventivas, diagnósticas ou terapêuticas. No entanto, as recomendações da ESC não se devem sobrepor em caso algum à responsabilidade individual dos profissionais de saúde de tomarem as decisões ajustadas e rigorosas com base nas circunstâncias específicas dos doentes de forma individualizada, de mútuo acordo com cada doente e, se adequado e/ou exigido, com o representante ou encarregado do doente. As Recomendações da ESC também não dispensam os profissionais de saúde de terem em consideração de forma cuidada e integral a actualização das recomendações ou sugestões oficiais publicadas pelas autoridades competentes dedicadas à saúde pública de modo a tratar cada caso à face de dados aceites cientificamente ao abrigo das suas respetivas obrigações éticas e profissionais. Cabe igualmente ao profissional de saúde verificar as regras e regulamentos aplicáveis aos medicamentos e dispositivos médicos à data da prescrição do tratamento.

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines

ESC Pocket Guidelines



ESC



EACTS
European Association For Cardio-Thoracic Surgery

Atualização de 2017 da ESC sobre a Terapêutica Antiagregante Plaquetária Dupla na Doença Coronária desenvolvida com a colaboração da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**

Grupo de Trabalho da *European Society of Cardiology (ESC)* e da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)* para o Tratamento da Terapêutica Antiagregante
Plaquetária Dupla na Doença Coronária

Presidente:

Marco Valgimigli

Swiss Cardiovascular Center – Inselspital, University of Bern

CH-3010, Berna, Suíça

Tel: +41 31 632 30 77 – Fax: + 41 10 703 52 58

Email: marco.valgimigli@insel.ch

Membros do Grupo de Trabalho:

Héctor Bueno (Espanha), Robert Byrne (Alemanha), Jean-Philippe Collet (França), Francesco Costa (Itália), Anders Jeppsson (Suécia), Peter Jüni (Suíça), Adnan Kastrati (Alemanha), Philippe Kolh (Bélgica), Laura Mauri (EUA), Gilles Montalescot (França), Franz-Josef Neumann (Alemanha), Mate Petricevic (Croácia), Marco Roffi (Suíça), Philippe Gabriel Steg (França), Stephan Windecker (Suíça), José Luis Zamorano (Espanha)

Contribuição Adicional: Glenn Levine (EUA)

Outras entidades da ESC que participaram no desenvolvimento deste documento:

Associações: Acute Cardiovascular Care Association (ACCA), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI).

Grupos de Estudo: Cardiovascular Pharmacotherapy, Cardiovascular Surgery, Coronary Pathophysiology and Microcirculation, Peripheral Circulation, Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function, Thrombosis, Valvular Heart Disease.

Membros da ESC:

Veronica Dean, Catherine Després, Maïke Binet – Sophia Antipolis, França

*Adaptado da Atualização de 2017 da ESC sobre a Terapêutica Antiagregante Plaquetária Dupla na Doença Coronária (European Heart Journal 2017; doi:10.1093/eurheartj/ehx419).

Índice

1. Classes de Recomendações e Níveis de Evidência da ESC	Pág. 3
2. Introdução	Pág. 4
3. Ferramentas de estratificação de risco para a duração da TAPD, medidas para minimizar a hemorragia, recomendações sobre a seleção do inibidor da P2Y ₁₂ ou sobre os algoritmos e da mudança	Pág. 6
4. TAPD e intervenção coronária percutânea	Pág. 12
5. TAPD e cirurgia cardíaca	Pág. 16
6. TAPD para os doentes com síndrome coronária aguda tratada com medicação	Pág. 18
7. TAPD para os doentes com indicação para anticoagulação oral	Pág. 20
8. Cirurgia não cardíaca eletiva nos doentes submetidos a TAPD	Pág. 24
9. Análises sobre o género, populações especiais e tratamento de hemorragia em doentes tratados com terapêutica antiagregante plaquetária dupla com ou sem anticoagulação oral concomitante	Pág. 27

I. Classes de Recomendações e Níveis de Evidência da ESC

Tabela 1 Classes de recomendações

Classes de recomendações	Definição	Terminologia a utilizar
Classe I	Evidência e/ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção é benéfico, útil e eficaz.	É recomendado / é indicado
Classe II	Evidências contraditórias e/ou divergências de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou intervenção.	
Classe IIa	<i>Peso da evidência/opinião majoritariamente a favor da utilidade/eficácia.</i>	Deve ser considerado
Classe IIb	<i>Utilidade/eficácia pouco comprovada pela evidência/opinião.</i>	Pode ser considerado
Classe III	Evidências ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção não é útil/eficaz e que poderá ser prejudicial em certas situações.	Não é recomendado

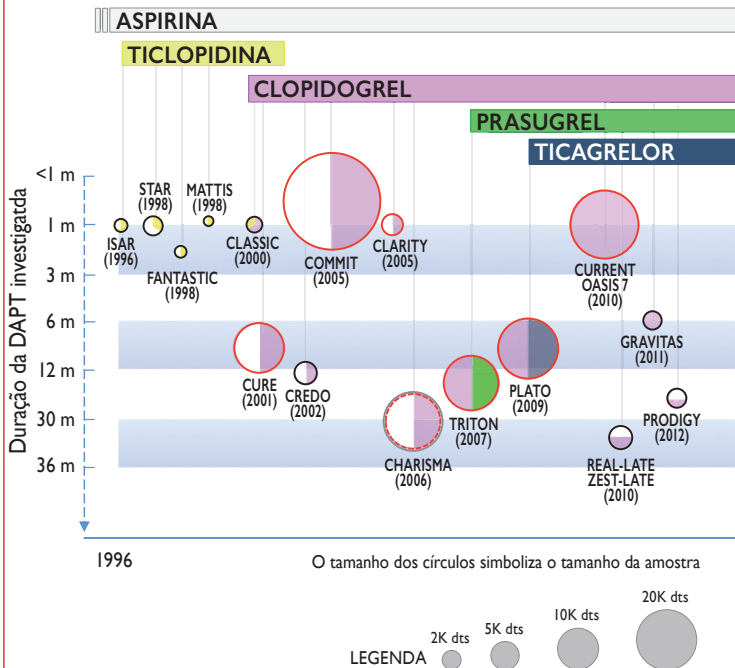
Tabela 2 Níveis de evidência

Nível de evidência A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou de meta-análises.
Nível de evidência B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
Nível de evidência C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

2. Introdução

Com base em estimativas populacionais efetuadas desde 2015, verificou-se que na Europa entre 1 400 000 e 2 200 000 doentes por ano poderão ter indicação para TAPD após intervenção coronária ou enfarte do miocárdio (EM), respetivamente. O ano de 2017 corresponde ao 21.º aniversário da publicação do primeiro ensaio

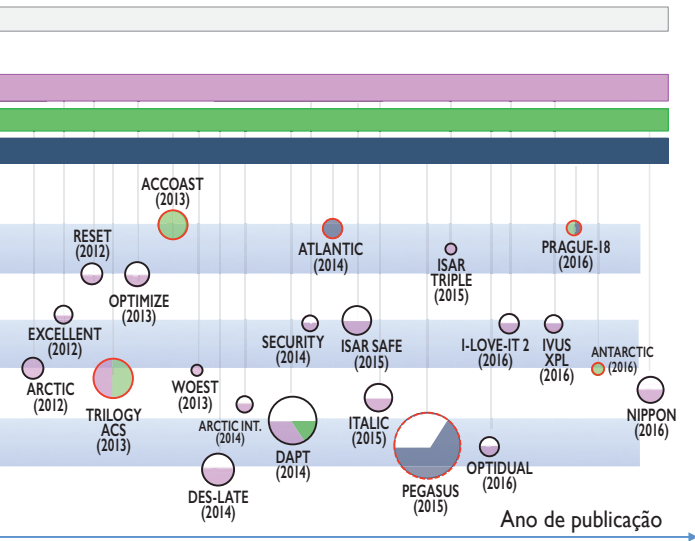
Figura 1 História da terapêutica antiagregante plaquetária dupla



O tamanho dos círculos simboliza o tamanho das amostras. As cores dos perímetros identificam o tipo de população de doentes incluído em cada estudo. As cores dentro de cada círculo identificam o(s) agente(s) antiplaquetário(s) investigado(s). Estudos comparando diretamente durações semelhantes de duas estratégias antiplaquetárias diferentes são apresentados com uma linha vertical, enquanto os que examinam durações de tratamento diferentes são apresentados com uma linha horizontal.

clínico aleatorizado que estabeleceu a superioridade da TAPD sobre a terapêutica anticoagulante nos doentes submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP) (Figura 1). Baseando-se em mais de 35 ensaios clínicos aleatorizados, incluindo mais de 225 000 doentes, a TAPD está entre as opções de tratamento mais investigadas no âmbito da medicina cardiovascular (Figura 1).

(TAPD) em doentes



O perímetro dos círculos simboliza o tipo de população investigada

- Apresentação clínica variada no momento da implantação do stent
- Síndrome coronária aguda na apresentação
- TAPD iniciada em doentes com enfarte do miocárdio prévio
- TADP como prevenção primária

Os estudos que examinam diferentes estratégias ou regimes de tratamento e não durações ou tipo de tratamento (p.ex. pré-tratamento no estudo ACCOAST, terapêutica personalizada no estudo GRAVITAS, dose dupla de clopidogrel no estudo CURRENT OASIS 7, etc.) são representados com uma única cor que indica o inibidor da P2Y₁₂ que foi testado para além da aspirina. dts = doentes.

3. Ferramentas da estratificação do risco para a duração da TAPD, medidas para minimizar a hemorragia, recomendações para a seleção do inibidor da P2Y₁₂, duração e algoritmos de mudança

Dado o compromisso entre os riscos isquêmicos versus os riscos hemorrágicos para qualquer duração da TAPD, a utilização de scores poderá ser útil para adaptar a duração da TAPD de modo a maximizar a proteção isquêmica e a minimizar os

Tabela 3 Scores de risco validados para a tomada de decisão sobre a duração da terapêutica

	Score PRECISE-DAPT
Tempo de utilização	No momento da implantação do stent nas coronárias
Estratégias avaliadas de duração da TAPD	TAPD de curta duração (3 – 6 meses) versus TAPD de duração convencional/longa (12 – 24 meses)
Cálculo do score ^a	HB ≥12 11-5 11 10-5 ≤10 CL ≤5 8 10 12 14 16 18 ≥20 Idade ≤50 60 70 80 ≥90 CICr ≥100 80 60 40 20 0 Hemorragia Prévia Não Sim Pontuação do Score 0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30
Classificação do score	0 a 100 pontos
Tomada de decisão de cut-off sugerido	Score ≥ 25 → TAPD de curta duração Score < 25 → TAPD de duração habitual/longa
Calculador	www.precisedaptscore.com

CICr = Clearence de creatinina; CL = contagem de leucócitos; EM = enfarte do miocárdio; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda; Hb = hemoglobina; ICC = insuficiência cardíaca congestiva; ICP = intervenção coronária percutânea; PRECISE-DAPT = *PREdicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subSequent Dual Anti Platelet Therapy*; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aPara o score PRECISE-DAPT, utilize o nomograma do score: marque o valor do doente para cada uma das cinco

riscos de hemorragia no doente específico. A utilização de scores de risco, que foram especificamente concebidos para orientar e informar a tomada de decisão sobre a duração da TAPD, deve ser priorizada relativamente a outros scores de risco disponíveis (Tabela 3).

A tabela seguinte fornece uma recomendação sobre a utilização de scores de risco como orientação para a duração da terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

antiagregante plaquetária dupla	
Score DAPT	
Após 12 meses de TAPD sem eventos	
TAPD de duração habitual (12 meses) versus TAPD de longa duração (30 meses)	
Idade	
≥ 75	- 2 pt
65 a < 75	- 1 pt
< 65	0 pt
Tabagismo	+ 1 pt
Diabetes mellitus	+ 1 pt
EM na apresentação	+ 1 pt
ICP ou EM prévio	+ 1 pt
Stent revestido com paclitaxel	+ 1 pt
Diâmetro do stent < 3 mm	+ 1 pt
ICC ou FEVE < 30%	+ 2 pt
Stent em enxerto venoso	+ 2 pt
- 2 a 10 pontos	
Score ≥ 2 → TAPD de longa duração	
Score < 2 → TAPD de duração habitual	
www.daptstudy.org	

variáveis do score e desenhe uma linha vertical até ao eixo «Pontuação do score» para determinar o número de pontos obtido para cada variável clínica. Seguidamente some os pontos obtidos por cada variável clínica para perfazer o score total.

Um exemplo de caso prático para o cálculo do score é apresentado na Figura 1 da Adenda digital (www.escardio.org/guidelines). Para o score DAPT some os pontos positivos de cada valor e subtraia os valores da idade do score total.

A tabela seguinte fornece uma recomendação sobre a utilização de scores de risco como orientação para a duração da terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

Recomendações para a utilização de scores de risco como orientação para a duração de terapêutica antiagregante plaquetária dupla

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Pode ser considerada a utilização de scores de risco concebidos para avaliar os benefícios e riscos de diferentes durações ^c da TAPD.	IIb	A

TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação – ^bNível de evidência.

^cOs scores DAPT e PRECISE-DAPT são os que atualmente preenchem estes requisitos.

Recomendações para a seleção e momento do inibidor da P2Y₁₂

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos doentes com SCA, recomenda-se o ticagrelor (dose de carga de 180 mg, 90 mg duas vezes por dia) para além da aspirina ^c , independentemente da estratégia de tratamento inicial, incluindo os doentes pré-tratados com clopidogrel (que deverá ser descontinuado quando se inicia a terapêutica com o ticagrelor), caso não haja contraindicações ^c .	I	B
Nos doentes com SCA submetidos a ICP, recomenda-se o prasugrel (dose de carga de 60 mg, dose diária de 10 mg) para além da aspirina nos doentes com SCA-NSTE não medicados previamente com inibidores da P2Y ₁₂ , nos doentes com STEMI inicialmente com tratamento conservador, se tiverem indicação para ICP ou ainda nos doentes com STEMI submetidos de imediato a coronariografia, caso não haja risco elevado de hemorragia ou outras contraindicações ^c .	I	B
Recomenda-se geralmente um pré-tratamento com um inibidor da P2Y ₁₂ nos doentes em que a anatomia coronária é conhecida e a decisão de avançar com a ICP é tomada tal como nos doentes com STEMI.	I	A
Nos doentes com NSTEMI-SCA submetidos a tratamento invasivo, deve ser considerada assim que o diagnóstico for estabelecido, a administração de ticagrelor (dose de carga de 180 mg, 90 mg duas vezes por dia) ou de clopidogrel (dose de carga de 600 mg, dose diária de 75 mg) se o ticagrelor não for uma opção.	IIa	C
Nos doentes com DC estável, pode ser considerado o pré-tratamento com clopidogrel se a probabilidade de ICP for elevada.	IIb	C

Recomendações sobre a seleção e momento do inibidor da P2Y₁₂ (continuação)

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se o clopidogrel (dose de carga de 600 mg, dose diária de 75 mg) para além da aspirina nos doentes com DC estável submetidos a implantação de stent nas coronárias e nos doentes com SCA que não podem ser tratados com ticagrelor ou com prasugrel, incluindo aqueles com hemorragia intracraniana anterior ou com indicação para ACO.	I	A
Recomenda-se o clopidogrel (dose de carga de 300 mg nos doentes ≤ 75, dose diária de 75 mg) para além da aspirina nos doentes com STEMI, tratados com trombólise.	I	A
Pode ser considerado o ticagrelor ou o prasugrel para além da aspirina em vez do clopidogrel nos doentes com DC estável, submetidos a ICP, tendo em atenção os riscos isquémico (p.ex. score SYNTAX elevado, trombose de stent anterior, localização e número de stents implantados) e hemorrágico (p.ex. de acordo com o estudo PRECISE-DAPT).	IIb	C
Nos doentes com NSTE-SCA, nos quais a anatomia é desconhecida, não se recomenda a administração de prasugrel.	III	B

ACO = anticoagulação oral; DC = doença coronária; ICP = intervenção coronária percutânea; NSTE-SCA = síndrome coronária aguda sem elevação do segmento-ST; PRECISE-DAPT = *PREDicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subSequent Dual Anti Platelet Therapy*; SCA = síndrome coronária aguda; STEMI = enfarte do miocárdio com elevação do segmento-ST; SYNTAX = *Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery*; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação – ^bNível de evidência – ^cContra-indicações para o ticagrelor: hemorragia intracraniana prévia ou hemorragias em curso. Contra-indicações para o prasugrel: antecedentes de hemorragia intracraniana, acidente vascular cerebral isquémico ou acidente isquémico transitório e hemorragias em curso; não se recomenda o prasugrel nos doentes ≥ 75 anos ou com peso corporal < 60 kg.

Recomendações sobre as medidas para minimizar as hemorragias sob a terapêutica antiagregante plaquetária dupla

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
O acesso radial é preferível ao acesso femoral no caso de angiografia coronária e de ICP, desde que realizada por um profissional com experiência no acesso radial.	I	A
Nos doentes tratados com TAPD, recomenda-se uma dose diária de 75 – 100 mg de aspirina.	I	A
Recomenda-se um IBP associado à TAPD ^c .	I	B
Não se recomenda por rotina a avaliação da função plaquetária para ajustar a terapêutica antiagregante plaquetária antes ou após a implantação eletiva de stent.	III	A

IBP = inibidor da bomba de prótons; ICP = intervenção coronária terapêutica; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação – ^bNível de evidência – ^cEmbora a evidência de que um IBP não aumenta o risco de eventos cardiovasculares tenha sido desenvolvida com o omeprazol, com base em estudos de interação fármaco-a-fármaco, o omeprazol e o esomeprazol parecem ter maior propensão para interações clinicamente relevantes, enquanto o pantoprazol e o rabeprazol têm menor propensão.

Recomendações para a mudança entre os inibidores da P2Y₁₂

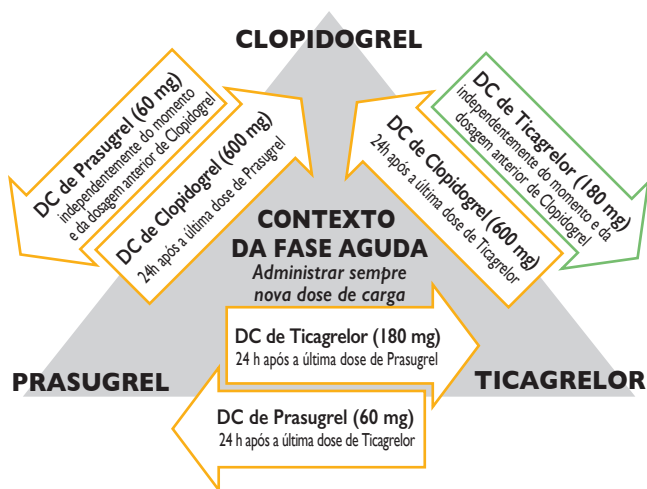
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos doentes com SCA que foram previamente expostos ao clopidogrel, recomenda-se a mudança do clopidogrel para o ticagrelor logo após a admissão hospitalar com uma dose de carga de 180 mg independentemente do momento e da dose de carga do clopidogrel, a não ser que haja contraindicações relativamente ao ticagrelor ^c .	I	B
Pode ser considerada uma mudança adicional entre os inibidores da P2Y ₁₂ em caso de efeitos colaterais/intolerância ao fármaco de acordo com os algoritmos propostos.	IIb	C

SCA = síndrome coronária aguda.

^aClasse de recomendação – ^bNível de evidência.

^cContraindicações para o ticagrelor: hemorragia intracraniana prévia ou hemorragias em curso.

Figura 2 Algoritmo para a mudança entre os inibidores da P2Y₁₂ no contexto da fase aguda

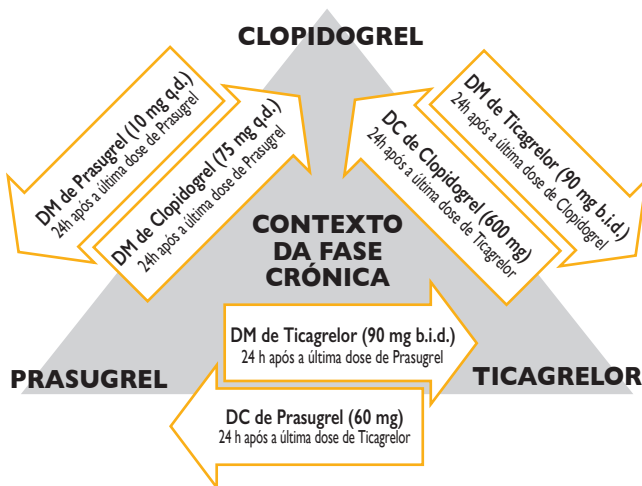


DC = dose de carga; DM = dose de manutenção.

Os códigos das cores referem-se às classes de recomendação da ESC (verde = Classe I; cor-de-laranja = Classe II b).

A seta verde do clopidogrel para o ticagrelor destaca o único algoritmo de mudança no qual os dados do resultado estão disponíveis nos doentes com síndrome coronária aguda. Não estão disponíveis dados dos resultados (setas cor-de-laranja) para todos os outros algoritmos de mudança. O contexto da fase aguda é considerado como uma mudança que ocorre durante o internamento.

Figura 2 Algoritmo para a mudança entre os inibidores da P2Y12 no contexto da fase aguda



DC = dose de carga; DM = dose de manutenção; b.i.d. = duas vezes ao dia; q.d. = uma vez ao dia.

Os códigos das cores referem-se à classe de recomendação da ESC (cor-de-laranja = Classe IIb).

A seta verde do clopidogrel para o ticagrelor destaca o único algoritmo de mudança no qual os dados do resultado estão disponíveis nos doentes com síndrome coronária aguda. Não estão disponíveis dados dos resultados (setas cor-de-laranja) para todos os outros algoritmos de mudança.

4. TAPD e intervenção coronária percutânea

Uma visão geral das orientações aprovadas por estas recomendações relativamente à duração da TAPD após a ICP bem como após a CABG ou ainda no caso dos doentes com SCA tratados com medicação é apresentada na **Figura 3 (consultar a badana do verso da capa)**.

Recomendações para a duração da terapêutica antiagregante plaquetária dupla e escolhas de stents nos doentes com doença coronária estável tratada com intervenção coronária percutânea		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Nos doentes com DC estável tratada com implantação de stent nas coronárias, recomenda-se geralmente uma TAPD composta por clopidogrel em associação com aspirina durante 6 meses, independentemente do tipo de stent ^c .	I	A
Independentemente da duração estabelecida para a TAPD, o DES é a opção de tratamento preferível ^c .	I	A
Nos doentes com DC estável, considerados com alto risco de hemorragia, (p.ex. PRECISE-DAPT ≥ 25), deve ser considerada a TAPD durante 3 meses ^d .	IIa	B
Nos doentes com DC estável, tratados com balão revestido com fármaco, deve ser considerada uma TAPD durante 6 meses.	IIa	B
Nos doentes com DC estável, tratados com stents bioabsorvíveis, deve ser considerada a TAPD durante pelo menos 12 meses.	IIa	C
Nos doentes com DC estável que toleraram a TAPD sem complicações hemorrágicas e que têm baixo risco de hemorragia, mas alto risco trombótico, pode ser considerada a continuação da TAPD com clopidogrel durante > 6 meses e ≤ 30 meses.	IIb	A
Nos doentes com DC estável, nos quais uma TAPD de 3 meses implica preocupações relativas à segurança, pode ser considerada a TAPD durante 1 mês ^e .	IIb	C

DC = doença coronária; DES = stent revestido com fármaco; PRECISE-DAPT = *PREDicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subsequent Dual Anti Platelet Therapy*; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

^cEstas recomendações referem-se a stents que são apoiados por ensaios aleatorizados de larga-escala, com uma avaliação de objetivo clínico conduzindo a um Ce-mark incondicional, conforme detalhado em Byrne et al. (consultar a versão integral em www.escardio.org/guidelines).

^dA evidência em que se baseia esta recomendação provem de dois estudos nos quais o stent *sprint* Endeavour revestido com zotarolimus foi estudado juntamente com um regime de TAPD a 3 meses.

^eA TADP por um mês após implantação de stent *sprint* Endeavour revestido de zotarolimus ou de um stent *Biofreedom* revestido de fármaco reduziu os riscos de uma reintervenção, de enfarte do miocárdio e, de modo inconsistente, de trombose de stent quando comparados com os stents não revestidos sob TAPD com semelhante duração. É pouco claro se esta evidência se aplica a outros DES da atual geração.

Recomendações sobre a duração da terapêutica antiagregante plaquetária dupla em doentes com síndrome coronária aguda tratados com intervenção coronária percutânea

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos doentes com SCA, submetidos a implantação de stent nas coronárias, recomenda-se a TAPD com um inibidor da P2Y ₁₂ para além da aspirina durante 12 meses caso não haja contraindicações tais como o risco excessivo de hemorragia (p.ex. PRECISE-DAPT $\geq$ 25).	I	A
Nos doentes com SCA, submetidos a implantação de stent e com alto risco de hemorragia (p.ex. PRECISE-DAPT $\geq$ 25), deve ser considerada a interrupção da terapêutica com um inibidor da P2Y ₁₂ após 6 meses.	IIa	B
Nos doentes tratados com stents bioabsorvíveis, deve ser considerada a TAPD durante pelo menos 12 meses.	IIa	C
Nos doentes com SCA que toleraram a TAPD sem complicações hemorrágicas, pode ser considerada a continuação da TAPD durante mais de 12 meses.	IIb	A
Nos doentes com EM e com risco isquémico elevado ^c que toleraram a TAPD sem complicações hemorrágicas, pode ser considerada a administração de 60 mg b.i.d de ticagrelor durante mais de 12 meses para além da aspirina em detrimento do clopidogrel ou do prasugrel.	IIb	B

b.i.d = bis in die, duas vezes por dia ; SCA = síndrome coronária aguda; PRECISE-DAPT = *PREdicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subSequent Dual Anti Platelet Therapy*; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

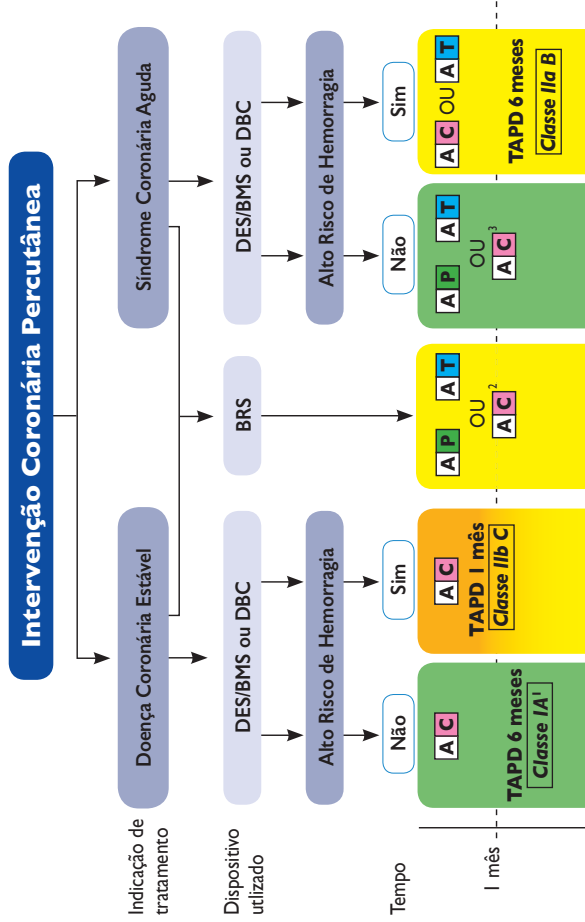
^aClasse de recomendação.

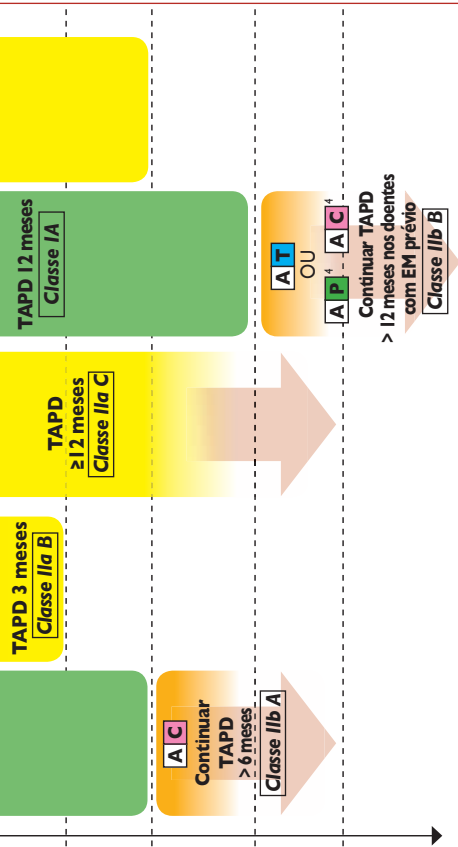
^bNível de evidência.

^cDefinido $\geq$ 50 anos e com uma ou mais das seguintes características de alto risco: 65 anos ou mais, diabetes mellitus que requer medicação, antecedentes de enfarte do miocárdio espontâneo, doença coronária multivaso ou disfunção renal crónica, determinada por depuração da creatinina estimada < 60 mL por minuto.

Estas recomendações referem-se a stents que são apoiados por ensaios aleatorizados de larga-escala, com uma avaliação de objetivo clínico conduzindo a um Ce-mark incondicional, conforme detalhado em Byrne et al. (consultar a versão integral em www.escardio.org/guidelines).

Figura 4 Algoritmo para a terapêutica antiagregante plaquetária dupla (TAPD) nos doentes tratados com intervenção coronária percutânea





A = Aspirina **C** Clopidogrel **P** = Prasugrel **T** = Ticagrelor

BMS = stent não revestido; BRS = stents biabsorvíveis; CABG = cirurgia de revascularização do miocárdio; DC estável = doença coronária estável; DCB = balão revestido com fármaco; DES = stent revestido com fármaco; SCA = síndrome coronária aguda.

Os códigos das cores referem-se às Classes de Recomendação da ESC (verde = Classe I, amarelo = Classe IIa; cor-de-laranja = Classe IIb).

O alto risco de hemorragia é considerado um risco acrescido de hemorragia espontânea durante a TAPD (p.ex. score PRECISE-DAPT ≥ 25).

Os tratamentos apresentados com a mesma linha são ordenados por ordem alfabética, sem recomendação preferencial, salvo indicação clara em contrário.

¹Após a ICP com DCB, deve ser considerada a TAPD durante 6 meses (Classe IIa B).

²Se o doente se apresenta com DCE ou, no caso de SCA, não está habilitado para uma terapêutica com prasugrel ou ticagrelor.

³Se o doente não for elegível para tratamento com prasugrel ou ticagrelor.

⁴Se o doente não for elegível para tratamento com ticagrelor.

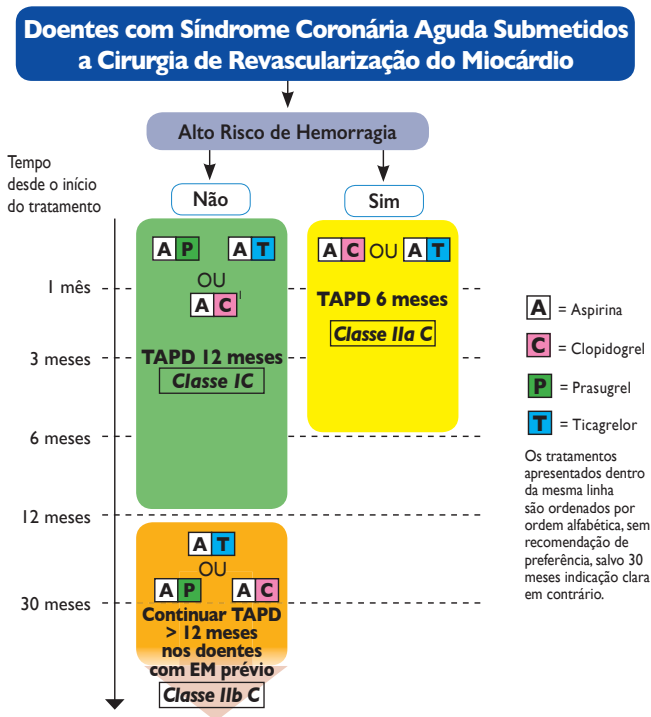
5. TAPD e cirurgia cardíaca

Recomendações para a terapêutica antiagregante plaquetária dupla em doentes submetidos a cirurgia cardíaca com doença coronária estável ou instável		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se que a <i>Heart Team</i> avalie os riscos hemorrágicos e isquêmicos individuais e oriente o momento da CABG bem como do tratamento antitrombótico.	I	C
Nos doentes tratados com aspirina, que necessitam de submeter-se a cirurgia cardíaca não urgente, recomenda-se que continuem com a aspirina num regime diário reduzido ao longo do período perioperatório.	I	C
Nos doentes tratados com TAPD após implantação de <i>stent</i> nas coronárias e que posteriormente foram submetidos a cirurgia cardíaca, sugere-se que retomem a terapêutica com um inibidor da P2Y ₁₂ no período pós-operatório logo que estejam reunidas condições de segurança para que a TAPD continue até completar a duração recomendada da terapêutica.	I	C
Nos doentes com SCA (NSTEMI ou STEMI) tratados com TAPD e submetidos a CABG e que não necessitam de terapêutica com um ACO a longo prazo, recomenda-se que retomem a terapêutica com um inibidor da P2Y ₁₂ logo que estejam reunidas condições de segurança após a cirurgia e com continuidade até 12 meses.	I	C
Nos doentes tratados com inibidores da P2Y ₁₂ que necessitam de se submeter a cirurgia cardíaca não emergente, deve ser considerado o adiamento da cirurgia durante pelo menos 3 dias após a suspensão do ticagrelor, durante pelo menos 5 dias após o clopidogrel e durante pelo menos 7 dias após o prasugrel.	IIa	B
Nos doentes submetidos a CABG com EM prévio e com alto risco de hemorragia grave (p.ex. PRECISE-DAPT ≥ 25), deve ser considerada a interrupção da terapêutica com um inibidor da P2Y ₁₂ após 6 meses.	IIa	C
Pode ser considerada a avaliação da função plaquetária para orientar decisões sobre o momento da cirurgia cardíaca nos doentes que foram recentemente tratados com os inibidores da P2Y ₁₂ .	IIb	B
Nos doentes considerados de alto risco isquémico com EM prévio e submetidos a CABG, que toleraram a TAPD sem complicações hemorrágicas, pode ser considerado o tratamento com TAPD durante mais de 12 e até 36 meses.	IIb	C

ACO = anticoagulante oral; CABG = cirurgia de revascularização do miocárdio; NSTEMI-SCA = síndrome coronária aguda sem elevação do segmento-ST; PRECISE-DAPT = *PREDicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subSequent Dual Anti Platelet Therapy*; SCA = síndrome coronária aguda; STEMI = enfarte do miocárdio com elevação do segmento-ST; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação - ^bNível de evidência.

Figura 5 Algoritmo da terapêutica antiplaquetária dupla (TAPD) em doentes com síndrome coronária aguda submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio



O alto risco de hemorragia é considerado um risco acrescido de hemorragia espontânea durante a TAPD (p.ex. score PRECISE-DAPT ≥ 25).

O código das cores refere-se às Classes das Recomendações da ESC (verde = Classe I; amarelo = Classe IIa; cor-de-laranja = Classe IIb).

¹Se o doente não for elegível para tratamento com prasugrel ou ticagrelor.

6. A TAPD para os doentes com síndrome coronária aguda tratada com medicação

Recomendações sobre a duração da terapêutica antiagregante plaquetária dupla nos doentes com síndrome coronária aguda submetidos a terapêutica médica

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Nos doentes com SCA, tratados apenas com terapêutica médica e com TAPD, recomenda-se a continuação da terapêutica com um inibidor da P2Y ₁₂ (ou o ticagrelor ou o clopidogrel) durante 12 meses.	I	A
O ticagrelor é preferível ao clopidogrel, a não ser que o risco de hemorragia compense o benefício isquémico potencial.	I	B
Nos doentes com SCA tratada com medicação e com alto risco de hemorragia (p.ex. PRECISE-DAPT ≥ 25), deve ser considerada a TAPD durante pelo menos 1 mês.	IIa	C
Nos doentes com EM prévio e elevado risco isquémico ^c , tratados apenas com terapêutica médica individualizada e que toleraram a TAPD sem complicações hemorrágicas, pode ser considerado o tratamento com TAPD através de 60 mg b.i.d de ticagrelor para além da aspirina durante mais de 12 meses e até 36 meses.	IIb	B
Nos doentes com EM prévio não submetidos a implantação de stent nas coronárias, que toleraram a TAPD sem complicações hemorrágicas e que não são elegíveis para o tratamento com ticagrelor, pode ser considerada a continuação do clopidogrel para além da aspirina durante mais de 12 meses.	IIb	C
O prasugrel não é recomendado nos doentes com SCA tratados com medicação.	III	B

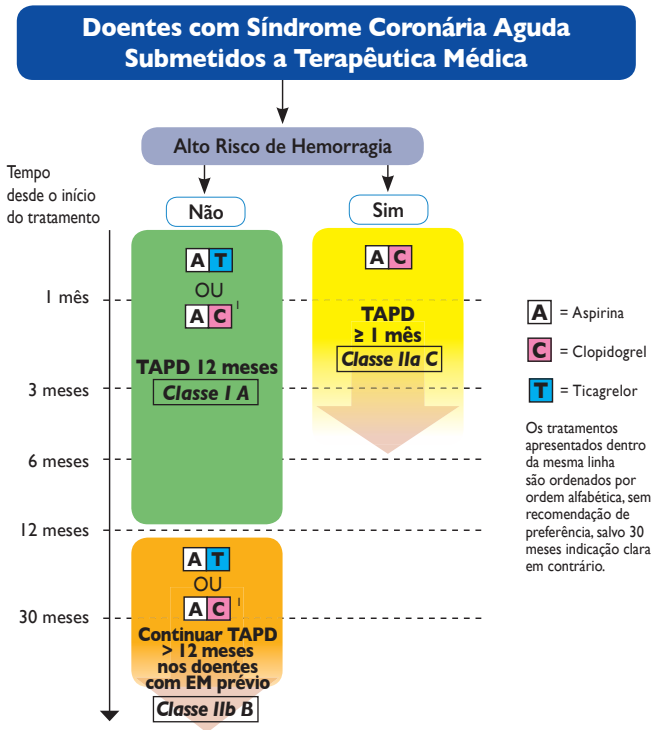
EM = enfarte do miocárdio; PRECISE-DAPT = *PREdicting bleeding Complications In patients undergoing Stent implantation and subSequent Dual Anti Platelet Therapy*; SCA = síndrome coronária aguda; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

^cDefinido ≥ 50 anos e com uma ou mais das seguintes características adicionais de alto risco: 65 anos ou mais, diabetes mellitus que requer medicação, um segundo enfarte do miocárdio espontâneo, doença coronária multivasa ou disfunção renal crónica, determinada por depuração da creatinina estimada < 60 mL por minuto.

Figura 6 Algoritmo da terapêutica antiagregante plaquetária dupla (TAPD) em doentes com síndrome coronária aguda submetidos a tratamento médico



7. TAPD para doentes com indicação para anticoagulação oral

As estratégias para evitar as complicações hemorrágicas nos doentes tratados com um anticoagulante oral estão resumidas na tabela seguinte.

Tabela 4 Estratégias para evitar complicações hemorrágicas nos doentes tratados com anticoagulante oral

- Avaliar os riscos isquémico e hemorrágico utilizando preditores de risco validados (p.ex. CHA₂DS₂-VASc, ABC, HAS-BLED) com ênfase nos fatores de risco modificáveis.
- Manter a duração da terapêutica tripla o mínimo tempo possível; considerar terapêutica dupla após a ICP (anticoagulante oral e clopidogrel) em vez de terapêutica tripla.
- Considerar a administração de NOACs em vez de um AVK quando os NOACs não são contraindicados.
- Considerar um INR alvo próximo do limite inferior recomendado e maximizar o tempo dentro do alvo terapêutico (i.e. > 65 – 70%) quando um AVK for utilizado.
- Considerar a dose mais reduzida de um NOAC avaliada em ensaio clínico e aplicar outros regimes de NOAC baseados em critérios específicos para acumulação de fármaco^a.
- O clopidogrel é o inibidor da P2Y₁₂ de eleição.
- Administrar aspirina de baixa dose (≤ 100 mg por dia).
- Administrar por rotina IBPs.

ABC = Idade, Biomarcadores, História clínica; AVK = antagonista da vitamina K; CHA₂DS₂-VASc = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75 (2 pontos), Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral prévio ou Acidente isquémico transitório ou tromboembolismo (2 pontos) – Doença vascular, Idade entre 65 e 74 anos, Género; HAS-BLED = Hipertensão, Alteração das funções renal/hepática, Acidente vascular cerebral, História ou predisposição de hemorragia, Labilidade do INR, Idosos, Fármacos/álcool em concomitância; IBPs = inibidores da bomba de prótons; ICP = intervenção coronária percutânea; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K.

^aDose de 5 mg *b.i.d.* de apixabano ou dose de 2,5 mg *b.i.d.* de apixabano se, pelo menos, existirem dois dos seguintes fatores: idade ≥ 80 anos, peso corporal ≤ 60 kg ou nível da creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL (133 µmol/L); dose de 110 mg *b.i.d.* de dabigatrano; dose de 60 mg *q.d.* de edoxabano ou dose de 30 mg *q.d.* de edoxabano se existirem algum dos seguintes fatores: depuração da creatinina (CeCr) entre 30-50 mL/min, peso corporal ≤ 60 kg, administração concomitante de verapamil ou de quinidina ou de dronedarona; dose de 20 mg *q.d.* de rivaroxabano ou dose 15 mg *q.d.* de rivaroxabano se a CeCr se situar entre 30-49 mL/min.

Tabela 5 – Fatores de alto risco de eventos isquêmicos recorrentes associados a stents

- Trombose de stent prévia sob terapêutica antiagregante plaquetária adequada
- Implantação de stent na única artéria coronária permeável
- Doença multivaso difusa especialmente nos doentes diabéticos
- Doença renal crônica (i.e. depuração da creatinina < 60 mL/min)
- Pelo menos três stents implantados.
- Pelo menos três lesões tratadas
- Bifurcação com dois stents implantados
- Comprimento total do stent > 60 mm.
- Tratamento da oclusão crônica total

Tabela 6 Perfil desfavorável do doente para combinação de anticoagulante oral e de terapêutica antiagregante plaquetária

- Esperança de vida curta
- Doença maligna em evolução
- Adesão espectável reduzida
- Saúde mental reduzida
- Insuficiência renal em fase terminal
- Idade avançada
- Antecedentes de hemorragia *major* / acidente vascular cerebral hemorrágico
- Abuso crônico de álcool
- Anemia
- Hemorragia clinicamente significativa sob terapêutica antitrombótica dupla

Recomendações sobre a duração da terapêutica antiagregante plaquetária dupla nos doentes com indicação para anticoagulação oral

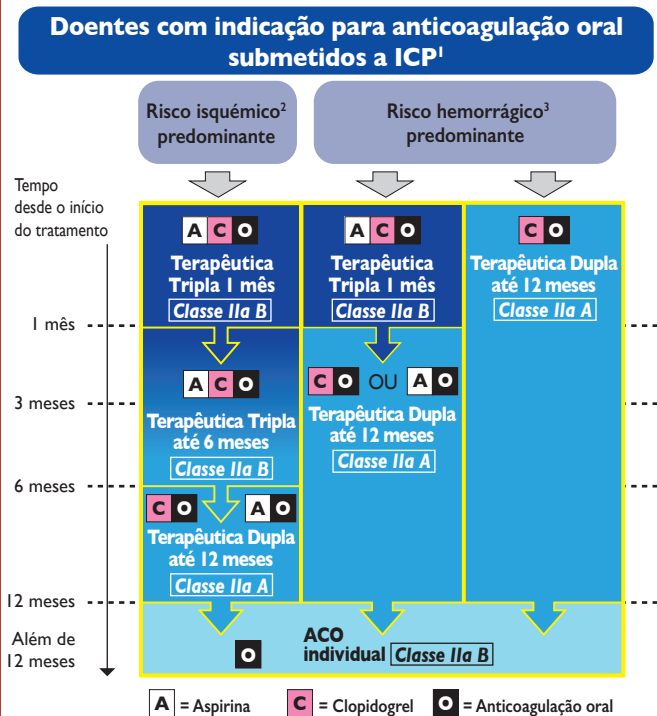
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a administração de aspirina e de clopidogrel periprocedimento nos doentes submetidos a implantação de stent nas coronárias.	I	C
Nos doentes submetidos a implantação de stent nas coronárias, deve ser considerada uma terapêutica tripla com aspirina, clopidogrel e com um ACO durante 1 mês, independentemente do tipo de stent utilizado.	IIa	B
Deve ser considerada uma terapêutica tripla com aspirina, clopidogrel e um ACO durante mais de 1 mês e até 6 meses nos doentes com alto risco isquémico devido a SCA ou outras características anatómicas/procedimento, que superem o risco de hemorragia.	IIa	B
Deve ser considerada uma terapêutica dupla com 75 mg/dia de clopidogrel e com um ACO como alternativa a uma terapêutica antitrombótica tripla durante 1 mês nos doentes em que o risco hemorrágico ultrapasse o risco isquémico.	IIa	A
Deve ser considerada a interrupção da terapêutica antiagregante plaquetária nos doentes tratados com um ACO após 12 meses.	IIa	B
Nos doentes com indicação para um AVK em combinação com aspirina e/ou com clopidogrel, a intensidade da dose do AVK deve ser cuidadosamente regulada para um INR alvo próximo do limite inferior recomendado e maximizar o tempo dentro do alvo terapêutico recomendado i.e. > 65 – 70%.	IIa	B
Quando um NOAC é utilizado em associação com aspirina e/ou com clopidogrel, deve ser considerada a menor dose eficaz na prevenção de acidente vascular cerebral testada em ensaios de FA ^c .	IIa	C
Quando o rivaroxabano é utilizado em associação com a aspirina e/ou com o clopidogrel, pode ser utilizada uma dose de 15 mg q.d. de rivaroxabano em vez de uma dose de 20 mg q.d. de rivaroxabano.	IIb	B
A administração de ticagrelor ou de prasugrel não é recomendada como componente de uma terapêutica antitrombótica tripla com aspirina e com um ACO.	III	C

ACO = anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; q.d. = *quaque die*; SCA = síndrome coronária aguda.

^aClasse de recomendação - ^bNível de evidência.

^cDose de 5 mg b.i.d. de apixabano ou dose de 2,5 mg b.i.d. de apixabano se, pelo menos, existirem dois dos seguintes fatores: idade ≥ 80 anos, peso corporal ≤ 60 kg ou nível da creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL (133 μmol/L); dose de 110 mg b.i.d. de dabigatran; dose de 60 mg q.d. de edoxabano ou dose de 30 mg q.d. de edoxabano se existir algum dos seguintes fatores: depuração da creatinina (CeCr) entre 30-50 mL/min, peso corporal ≤ 60 kg, administração concomitante de verapamil ou de quinidina ou de dronedarona; dose de 20 mg q.d. de rivaroxabano ou dose 15 mg q.d. de rivaroxabano se a CeCr se situar entre 30-49 mL/min.

Figura 7 Algoritmo da terapêutica antiagregante plaquetária dupla (TAPD) nos doentes com indicação para anticoagulação oral submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP)



Os códigos das cores referem-se ao número de medicamento(s) antitrombótico(s) concomitante(s). A terapêutica tripla significa o tratamento com TAPD mais um anticoagulante oral (ACO). A terapêutica dupla significa o tratamento com um agente antiplaquetário único (aspirina ou clopidogrel) mais um ACO.

ABC = idade, biomarcadores, história clínica; ICP = intervenção coronária percutânea; SCA = síndrome coronária aguda.

¹A administração periprocedimento da aspirina e do clopidogrel durante a ICP é recomendada independentemente da estratégia de tratamento.

²O alto risco isquêmico é considerado como uma apresentação clínica aguda ou como características anatómicas/relacionadas com o procedimento que possam aumentar o risco de enfarte do miocárdio.

³O risco hemorrágico pode ser estimado através dos scores HAS-BLED ou ABC.

8. Cirurgia não cardíaca eletiva nos doentes submetidos a TAPD

A tabela seguinte resume as recomendações sobre a terapêutica antiagregante plaquetária dupla nos doentes submetidos a cirurgia não cardíaca eletiva.

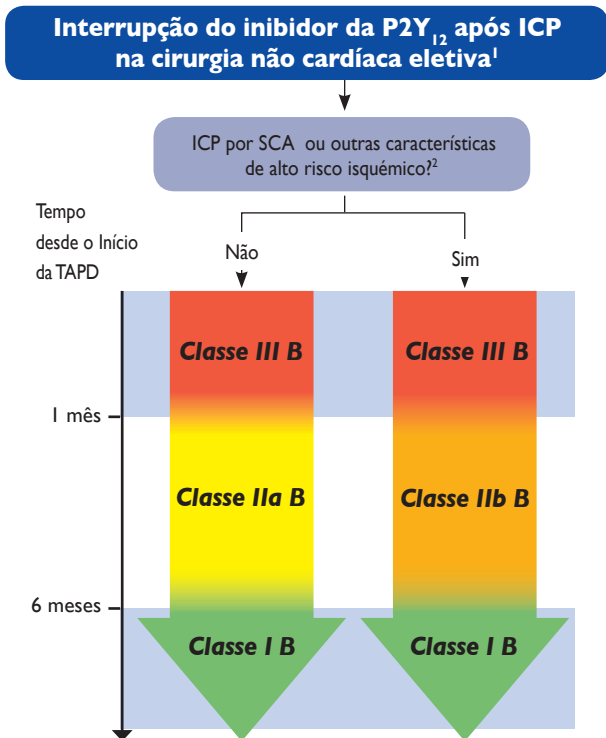
Recomendações sobre a terapêutica antiagregante plaquetária dupla nos doentes submetidos a cirurgia não cardíaca eletiva		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a continuação da terapêutica com aspirina no período perioperatório se o risco de hemorragia o permitir e reiniciar a terapêutica antiagregante plaquetária recomendada logo que possível no período pós-operatório.	I	B
Após a implantação de <i>stent</i> nas coronárias, deve ser considerada a cirurgia eletiva que necessita de interrupção de um inibidor da P2Y ₁₂ após 1 mês, independentemente do tipo de <i>stent</i> , se a aspirina puder ser mantida ao longo do período perioperatório.	IIa	B
Deve ser considerada a interrupção dos inibidores da P2Y ₁₂ pelo menos 3 dias antes da cirurgia no caso do ticagrelor, pelo menos 5 dias no caso do clopidogrel e pelo menos 7 dias no caso do prasugrel.	IIa	B
Deve ser considerada uma equipa multidisciplinar de peritos para avaliação pré-operatória dos doentes com indicação para TAPD antes da cirurgia eletiva.	IIa	C
Nos doentes com EM recente ou com outras características de risco isquémico ^c , que necessitam de TAPD, pode ser adiada a cirurgia eletiva durante e até 6 meses.	IIb	C
Se ambos os agentes antiplaquetários orais têm de ser descontinuados no período perioperatório, pode ser considerada uma estratégia transitória com agentes antiplaquetários intravenosos, especialmente se a cirurgia tiver de ser realizada no período de 1 mês após a implantação de <i>stent</i> .	IIb	C
Não se recomenda a interrupção da TAPD durante o primeiro mês de tratamento nos doentes submetidos a cirurgia não cardíaca eletiva.	III	B

EM = enfarte do miocárdio; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação - ^bNível de evidência.

^cAs características de alto risco isquémico estão referidas na Tabela 5.

Figura 8 Momento para a cirurgia não cardíaca eletiva nos doentes tratados com terapêutica antiagregante plaquetária dupla (TAPD) após intervenção coronária percutânea (ICP)

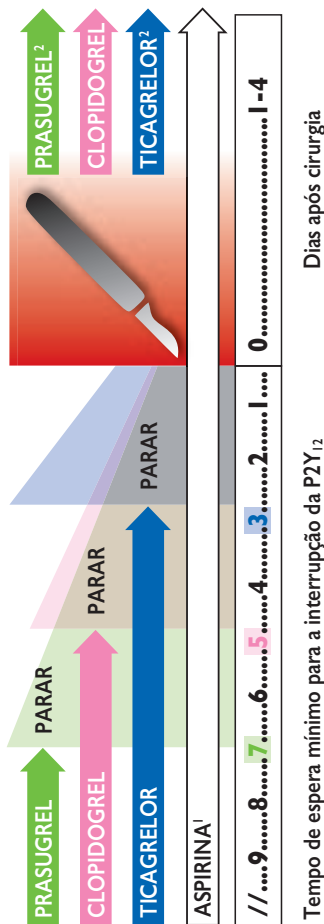


O código das cores refere-se às Classes de Recomendações da ESC (verde = Classe I; amarelo = Classe IIa; cor-de-laranja = Classe IIb; encarnado = Classe III).*

¹Sugere-se que os serviços do laboratório de hemodinâmica no local estejam disponíveis durante 24 h no caso de cirurgia *major* no período de 6 meses após a ICP.

²As características de alto risco isquêmico são apresentadas na Tabela 5.

Figura 9 Descontinuação mínima e calendarização da reimplantação da terapêutica antiagregante plaquetária dupla (TAPD) nos doentes submetidos a cirurgia eletiva



▲ = Recuperação esperável da função plaquetária em média

¹A decisão de interromper a aspirina ao longo da cirurgia deve ser tomada individualmente tendo em consideração o risco hemorrágico cirúrgico.

²Em doentes que não necessitem de ACO.

ACO = anticoagulante oral.

9. Análise sobre o gênero, populações especiais e tratamento de hemorragias nos doentes tratados com terapêutica antiagregante plaquetária dupla com ou sem anticoagulação oral concomitante

As recomendações relacionadas com o gênero e populações especiais são referidas na tabela seguinte.

Recomendações para o gênero e para populações especiais		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomendam-se os mesmos tipo e duração de TAPD nos doentes de ambos os sexos.	I	A
Recomenda-se a reavaliação do tipo, da dose e da duração da TAPD nos doentes com complicações hemorrágicas tratáveis durante o tratamento.	I	C
Devem ser considerados os mesmos tipo e duração de TAPD nos doentes com e sem diabetes <i>mellitus</i> .	IIa	B
Deve ser considerado o prolongamento da duração da TAPD (<i>i.e.</i> > 12 meses ^c) nos doentes com trombose de <i>stent</i> prévia, especialmente na ausência de casos corrigíveis (<i>p.ex.</i> falta de adesão terapêutica ou questões mecânicas corrigíveis relacionadas com <i>stents</i>).	IIa	C
Pode ser considerado o prolongamento da duração da TAPD (<i>i.e.</i> > 12 meses) nos doentes com DC e com DAPMI.	IIb	B
Pode ser considerado o prolongamento da duração da TAPD (<i>i.e.</i> > 6 meses) nos doentes submetidos a ICP complexa ^d .	IIb	B

DAPMI = doença arterial periférica dos membros inferiores; DC = doença coronária; ICP = intervenção coronária percutânea; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla.

^aClasse de recomendação.

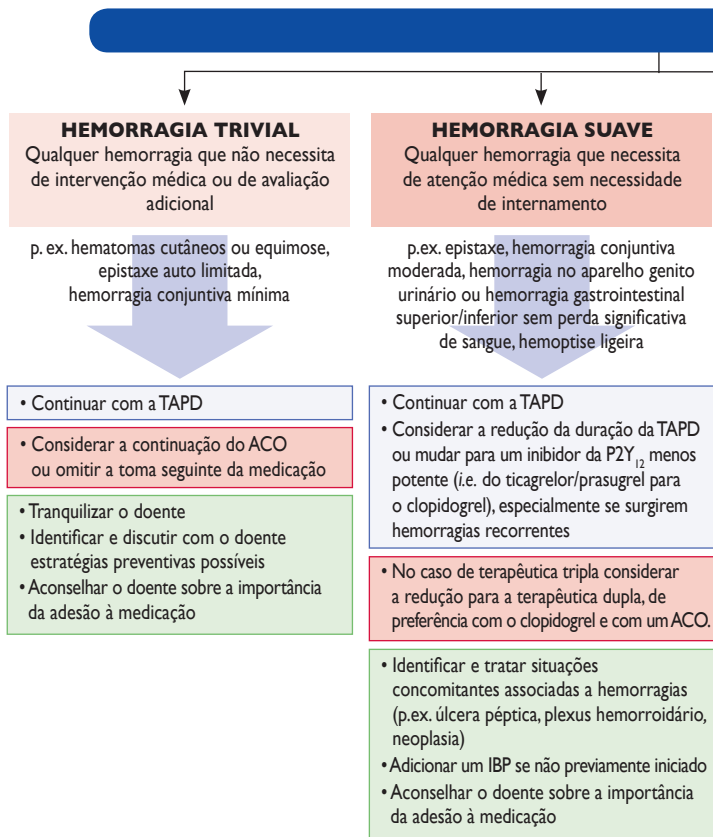
^bNível de evidência.

^cE possivelmente desde que seja tolerado.

^dA ICP complexa é definida como o composto de $\geq$ três *stents* implantados, de $\geq$ três lesões tratadas, de bifurcação com dois *stents* implantados, de comprimento total do *stent* > 60 mm e de oclusão crónica total como lesão alvo.

As recomendações práticas para o tratamento de hemorragias nos doentes tratados com terapêutica antiagregante plaquetária dupla com ou sem anticoagulação oral concomitante são apresentadas na figura 10.

Figura 10 Recomendações práticas para o tratamento de hemorragias plaquetária dupla com ou sem anticoagulação oral concomitante



com terapêutica antiplaquetária ± ACO

HEMORRAGIAS MODERADAS

Qualquer hemorragia associada a perda de sangue significativa (>3 g/dL de HB) e/ou com necessidade de internamento, mantendo a estabilidade hemodinâmica e sem evolução rápida

p.ex. hemorragia nos aparelhos génito-urinário, respiratório ou no aparelho gastrointestinal superior/inferior com perda significativa de sangue ou com necessidade de transfusão

- Considerar a interrupção da TAPD e continuar com a TAPS, de preferência com um inibidor da P2Y₁₂, especialmente no caso de hemorragia gastrointestinal superior
- Reiniciar a TAPD logo que estejam reunidas as condições de segurança
- Considerar a redução da duração da TAPD ou a mudança para um inibidor da P2Y₁₂ menos potente (i.e. do ticagrelor/prasugrel para o clopidogrel), especialmente se surgirem hemorragias recorrentes
- Considerar a descontinuação do ACO ou mesmo reverter o seu efeito até que a hemorragia seja controlada, a não ser que haja risco trombótico muito elevado (i.e. válvulas cardíacas mecânicas, dispositivos de assistência cardíaca, CHA₂DS₂-VASc ≥ 4)
- Reiniciar o tratamento no período de uma semana se clinicamente indicado. No caso de antagonista da vitamina K, considerar um alvo INR entre 2,0 – 2,5 a não ser que haja outra indicação (i.e. válvulas cardíacas mecânicas ou dispositivo de assistência cardíaca), para um NOAC considerar a dose mínima efetiva
- No caso de terapêutica tripla considerar a redução para a terapêutica dupla, de preferência com clopidogrel e com um ACO
- No caso dos doentes submetidos a terapêutica dupla, considerar a interrupção da terapêutica antiplaquetária, se for considerado seguro
- Considerar um IBP i.v. no caso de hemorragia GI
- Identificar e tratar as situações concomitantes associadas a hemorragias (p.ex. úlcera péptica, plexos hemorroidário, neoplasia)
- Aconselhar o doente sobre a importância da adesão à medicação

Figura 10 Recomendações práticas para o tratamento de hemorragias dupla com ou sem anticoagulação oral concomitante (continuação)

HEMORRAGIAS GRAVES

Qualquer hemorragia que necessita de internamento, associada a perda de sangue grave (> 5 g/dL de HB), mantendo a estabilidade hemodinâmica e sem evolução rápida

p.ex. hemorragias graves nos aparelhos
gênito-urinário, respiratório
ou gastrointestinal superior/inferior

- Considerar a interrupção da TAPD e continuar com a TAPS, de preferência com um inibidor da P2Y₁₂, especialmente no caso de hemorragia GI superior
 - Se a hemorragia persistir apesar do tratamento ou se o tratamento não for possível, considerar a interrupção de todos os medicamentos antitrombóticos
 - Uma vez suspensa a hemorragia, reavaliar a necessidade de TAPD ou de TAPS, de preferência com um inibidor da P2Y₁₂, especialmente no caso de hemorragia GI superior
 - Se a TAPD for reiniciada, considerar a redução da duração da TAPD ou a mudança para um inibidor da P2Y₁₂ menos potente (i.e. do ticagrelor/prasugrel para o clopidogrel), especialmente se surgirem hemorragias recorrentes
-
- Considerar a interrupção ou reversão de um ACO até o controlo da hemorragia a não ser no caso de risco trombótico impeditivo (i.e. válvulas cardíacas mecânicas em posição mitral ou dispositivo de assistência cardíaca)
 - Reiniciar o tratamento no período de uma semana se clinicamente indicado. No caso de antagonistas da vitamina K, considerar um alvo INR entre 2,0 – 2,5 a não ser que haja outra indicação mandatória (i.e. válvulas mecânicas cardíacas ou dispositivo de assistência cardíaca), no caso de um NOAC considerar a dose mínima efetiva.
 - No caso de um doente sob terapêutica tripla, considerar a redução para a terapêutica dupla com clopidogrel e com um ACO. No caso dos doentes sob a terapêutica dupla, considerar a interrupção da terapêutica antiplaquetária, se for considerado seguro
-
- Considerar um IBP i.v. no caso de surgir hemorragia GI
 - Transusão de eritrócitos se a HB < 7-8 g/dL
 - Considerar a transusão de plaquetas
 - Cirurgia ou tratamento endoscópico urgentes da origem da hemorragia

nos doentes tratados com terapêutica antiagregante plaquetária

com terapêutica antiplaquetária ± ACO

HEMORRAGIAS CRÍTICAS – COM RISCO DE VIDA

Qualquer hemorragia ativa grave que coloque a vida do doente em risco imediato

p.ex. hemorragias ativas maciças nos aparelhos génito-urinário, respiratório ou gastrointestinal superior/inferior; hemorragia ativa intracraniana, hemorragia da medula espinal ou intraocular ou qualquer hemorragia causadora de instabilidade hemodinâmica

- Descontinuar imediatamente todos os fármacos antitrombóticos
- Uma vez suspensa a hemorragia, reavaliar a necessidade de TAPD ou de TAPS, de preferência com um inibidor da P2Y₁₂, especialmente no caso de hemorragia GI superior

- Parar e reverter o ACO

- Administração de fluidos endovenosos no caso de hipotensão
- Considerar a transfusão de concentrado de eritrócitos independentemente dos valores da HB
- Transfusão de plaquetas
- Considerar um IBP i.v. no caso de hemorragia GI
- Cirurgia ou tratamento endoscópico urgentes da origem da hemorragia, se possível

Legenda

Manejo da TAPD

Manejo da ACO

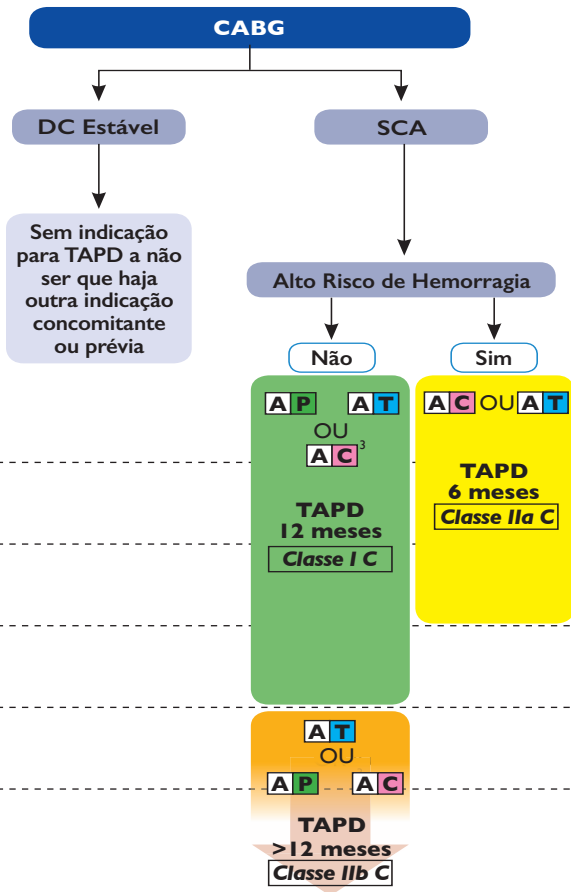
Recomendações Gerais

As caixas azuis referem-se as recomendações para terapêutica antiagregante plaquetária. As caixas encarnado escuro referem-se as recomendações para anticoagulação oral. As caixas verde claras referem-se às recomendações gerais para a segurança do doente.

ACO = anticoagulante oral; CHA₂DS₂-VAS_c = Insuficiência cardíaca, hipertensão, idade ≥ 75 (2 pontos), diabetes, acidente vascular cerebral (2 pontos) – doença vascular, idade entre 65 e 74 anos, género; GI = gastrointestinal; HB = hemoglobina; IBP = inibidor da bomba de prótons; INR = *international normalized ratio*; i.v. = intravenoso; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; SCA = síndrome coronária aguda; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla; TAPS = terapêutica antiagregante plaquetária simples.

Notas

nos doentes com doença coronária



BMS = stent não revestido; BRS = stent bioabsorvível CABG = cirurgia de revascularização do miocárdio; DCA estável = doença coronária estável; DCB = balão revestido com fármaco; DES = stent revestido com fármaco; ICP = intervenção coronária percutânea; SCA = síndrome coronária aguda.

¹Após a ICP com DCB, deve ser considerada TAPD durante 6 meses (Classe IIa B).

Terapêutica Médica isolada

DC Estável

Sem indicação
para TAPD a não
ser que haja
outra indicação
concomitante
ou prévia

SCA

Alto Risco de Hemorragia

Não

A T
OU
A C⁴

**TAPD
12 meses
Classe I A**

Sim

A C
OU
**TAPD
≥ 1 mês
Classe IIa C**

A T
OU
A C⁴
**TAPD
> 12 meses
Classe IIb B**

²Se o doente se apresentar com DC estável ou, no caso de SCA, não elegível para o tratamento com prasugrel ou ticagrelor.

³Se o doente não for elegível para um tratamento com prasugrel ou ticagrelor.

⁴Se o doente não for elegível para um tratamento com ticagrelor.



European Society of Cardiology
Les Templiers - 2035, Route des Colles
CS 80179 Biot
06903 Sophia Antipolis Cedex - France

Telephone: +33 (0)4 92 94 76 00

Fax: +33 (0)4 92 94 76 01

Email: guidelines@escardio.org

www.escardio.org/guidelines