

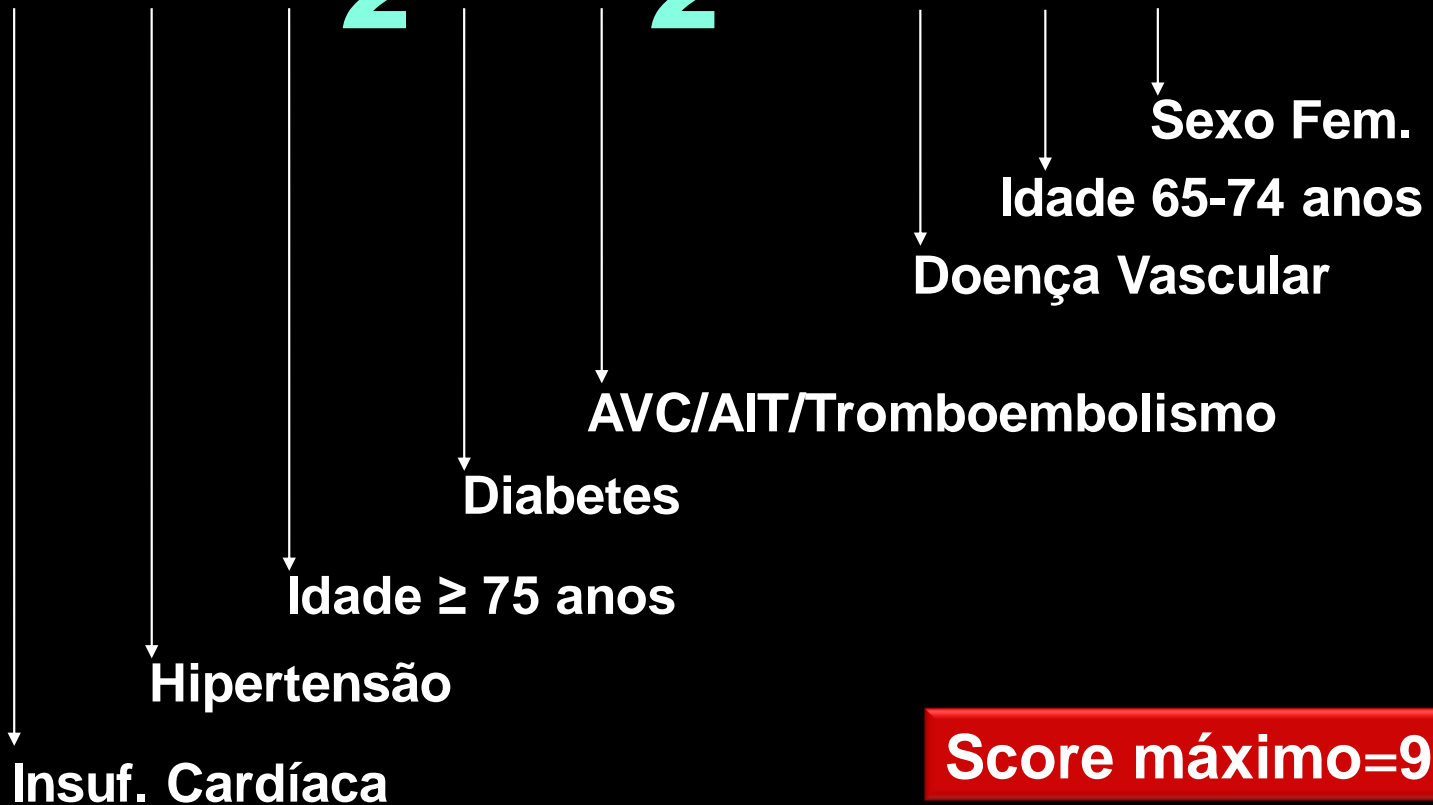
25 DE OUTUBRO – 6ª FEIRA

QUEM SÃO OS DOENTES EM FIBRILHAÇÃO AURICULAR COM INDICAÇÃO PARA ANTICOAGULAÇÃO ORAL

**ANTÓNIO PEDRO MACHADO
CARLOS RABAÇAL**

Score de risco isquêmico

CHA₂DS₂ - VASc

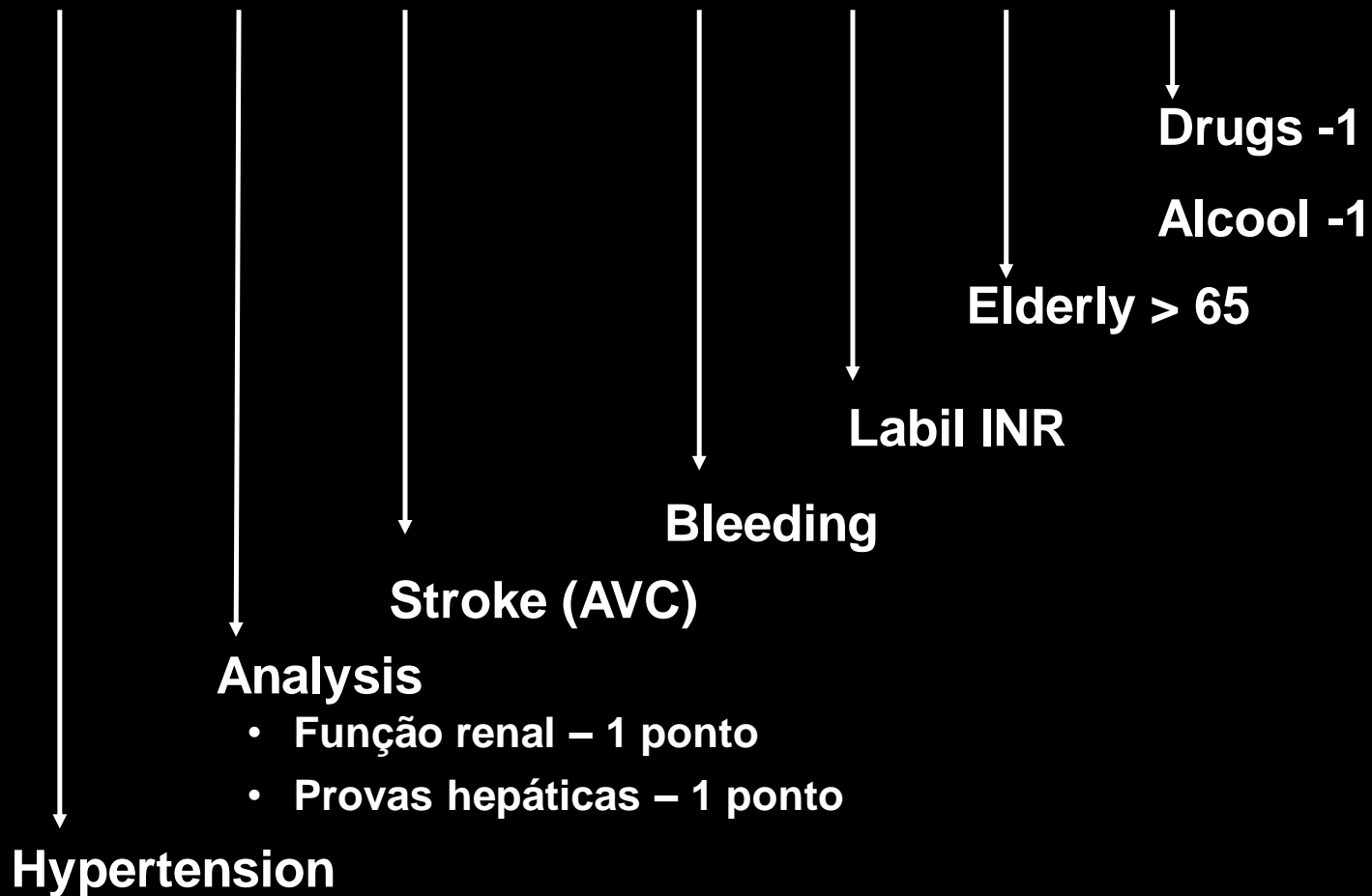


Score = 1 → Considerar anticoagulação

Score ≥ 2 → Recomendada anticoagulação

Score de risco Hemorrágico

H A S – B L E D



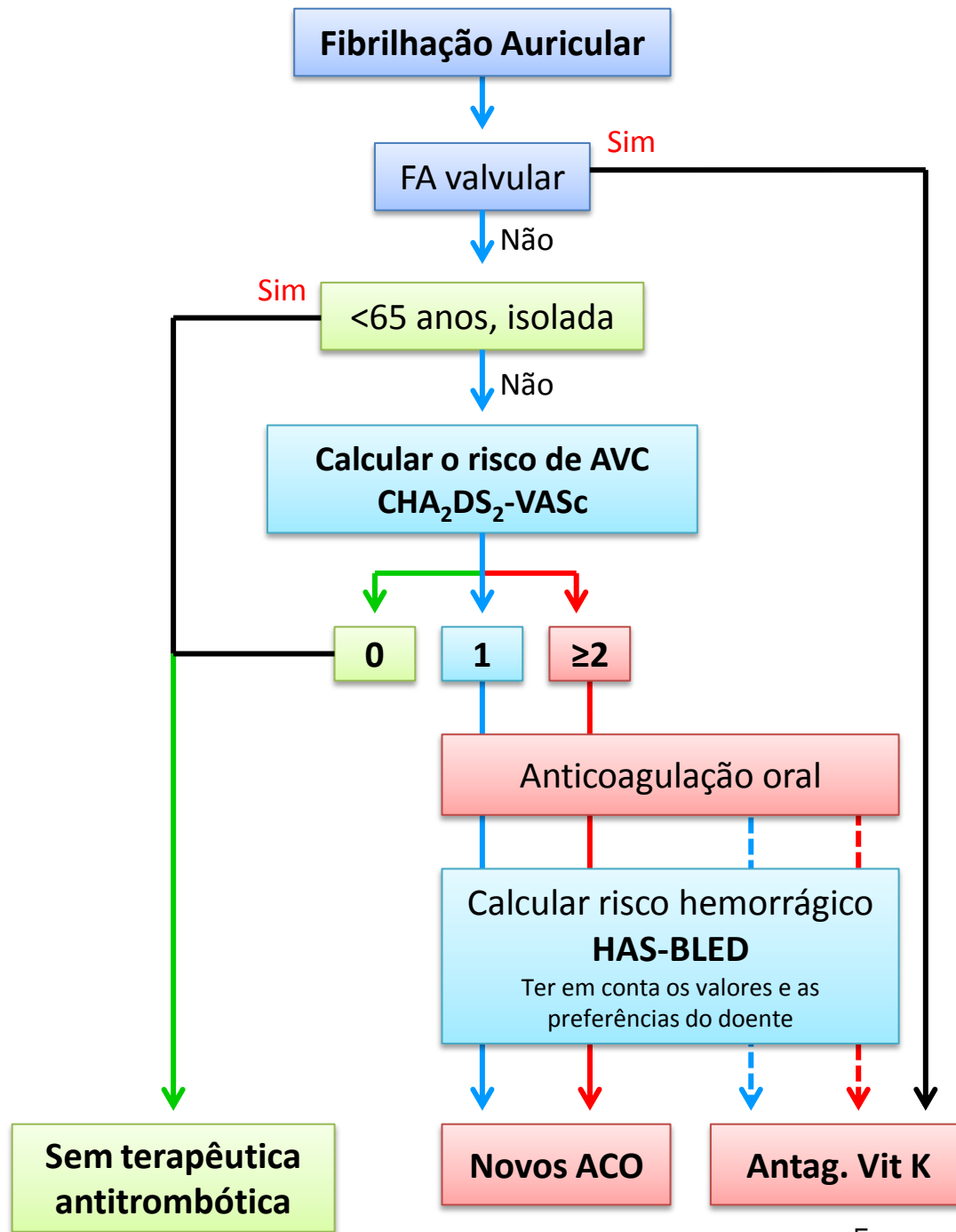
Score $\geq 3 \rightarrow$ Risco elevado

Score máximo=9

Avaliação do risco hemorrágico

Score **HAS-BLED**

HAS-BLED	Característica clínica	Pontuação
H Hypertension	Hipertensão	1
A Analysis	Função renal e hepática anormal (1 ponto cada)	1 ou 2
S Stroke	AVC	1
B Bleeding	Hemorragia	1
L Labil INR	INR lábil	1
E Elderly	Idoso (idade > 65 anos)	1
D Drugs	Fármacos ou álcool (1 ponto cada)	1 ou 2



Avaliar o risco hemorrágico nos doentes com indicação para anticoagulação

Risco isquémico

Risco hemorrágico

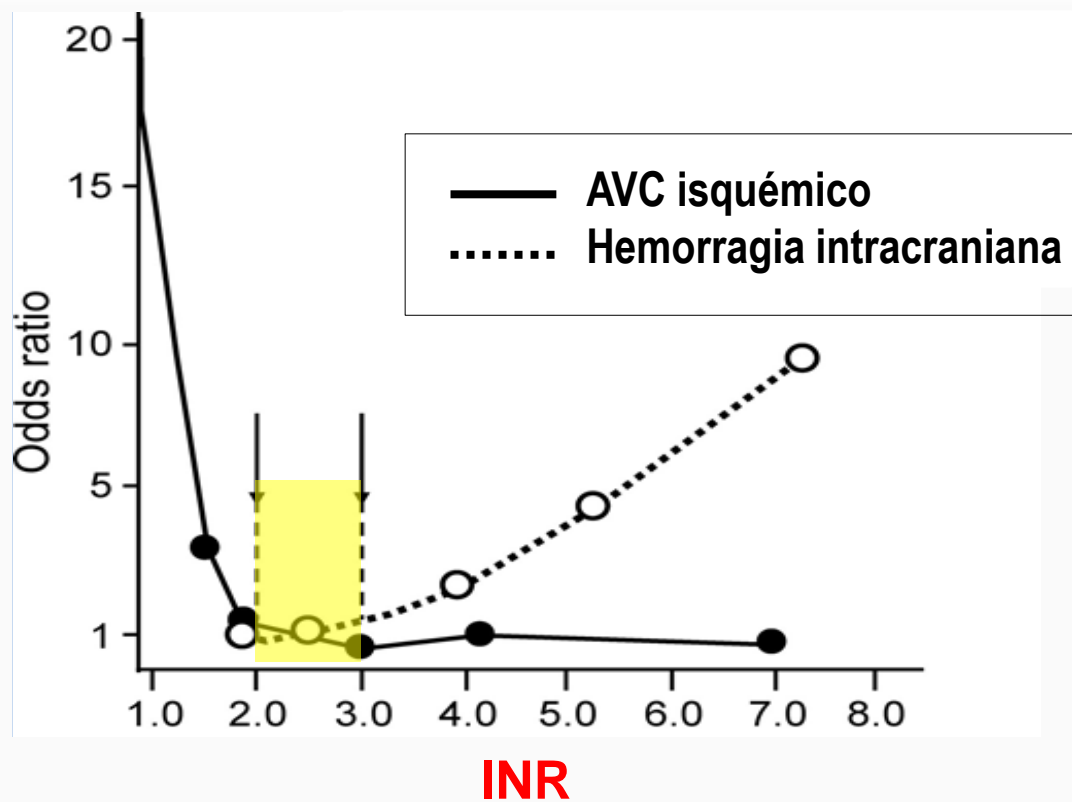
CHA₂DS₂-VASc

HAS-BLED

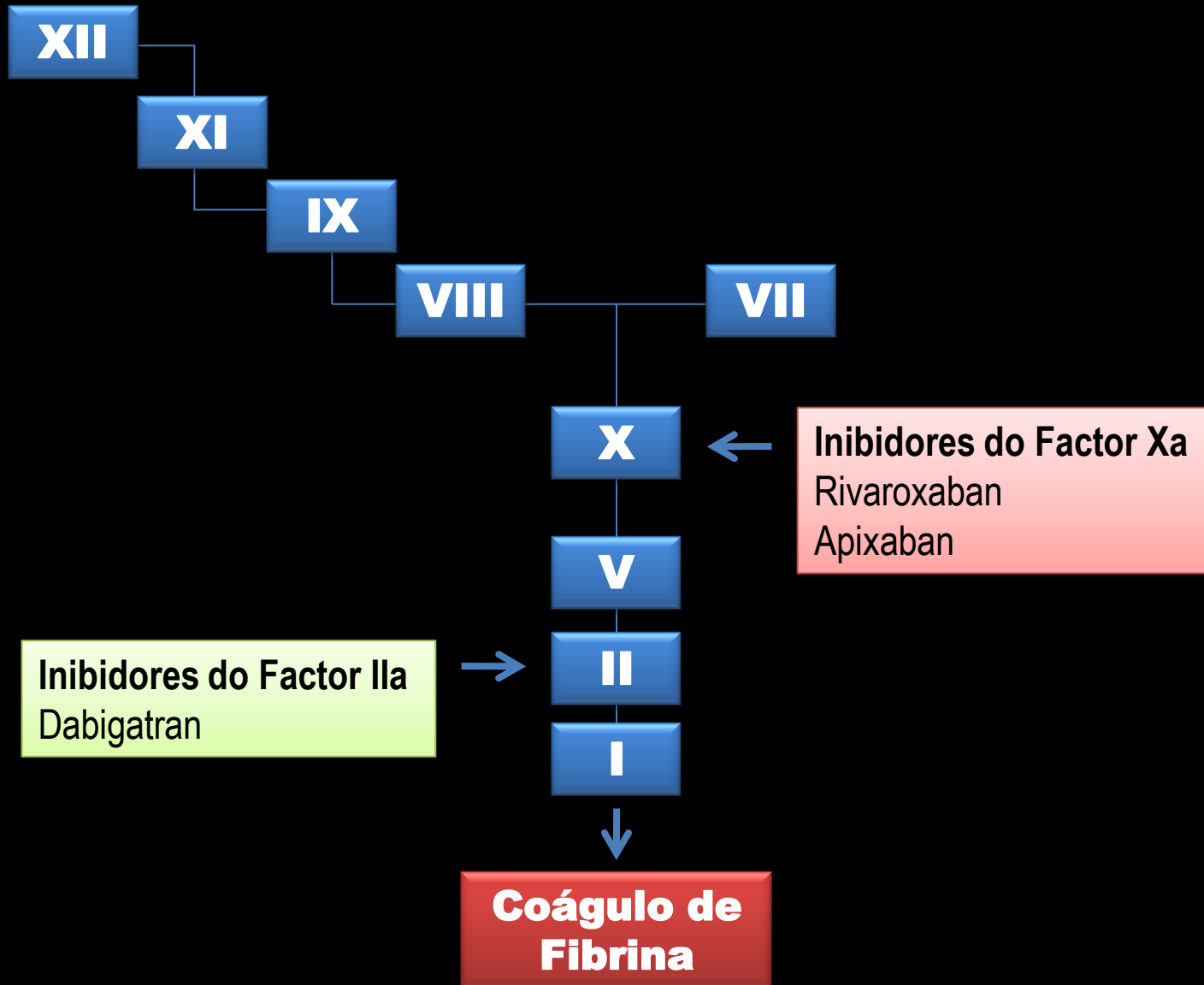
NÃO É IMPEDITIVO

Característica clínica	Definição
Hipertensão	PAS > 160 mmHg
Função renal anormal	Diálise crónica, transplante renal ou creatinina sérica \geq 2.25 mg/dl
Função hepática anormal	Doença hepática crónica (ex: cirrose) ou alterações bioquímicas: <ul style="list-style-type: none"> • Bilirrubina > 2x limite superior normal associada • AST/ALT/Fosfatase alcalina > 3x limite superior do normal
Hemorragia	Antecedentes hemorrágicos e/ou predisposição para hemorragia (ex: diátese hemorrágica, anemia, etc.)
INR lábil	Dificuldade em manter o INR dentro do intervalo terapêutico
Fármacos ou álcool	Consumo de anti-agregantes plaquetários, AINE ou abuso de bebidas alcoólicas

Varfarina - Intervalo terapêutico estreito



Os novos anticoagulantes orais



Novos anticoagulantes orais

AVC isquémico



= ↓ D₁₅₀

AVC hemorrágico



↓ NNT=134

Vantagens dos novos anticoagulantes (nACOs) sobre os antagonistas da vitamina K na prevenção do tromboembolismo em doentes com FA não valvular

- **Efeito previsível sem necessidade de monitorização**
- **Menos interacções medicamentosas e com os alimentos**
- **Semi-vida de eliminação mais previsível**
- **Melhor relação eficácia / segurança**

Switching entre regimes de anticoagulação

AVK para novo ACO	INR <2.0 → imediato INR 2.0–2.5 → imediato ou no dia seguinte INR >2.5 → recalcular
HBPM para novo ACO	Iniciar quando a nova dose seria administrada
Novo ACO para AVK	Fazer sobreposição até atingir INR dentro do intervalo terapêutico Monitorização periódica do INR como habitualmente
AAS ou clopidogrel para novo ACO	Imediato, excepto se estiver a fazer dupla antiagregação

Como lidar com erros na toma do novo ACO

Falha de uma toma	<p><u>2xdia</u> – fazer uma dose até 6 h após a toma em falta. Se impossível, omitir a toma e fazer a próxima dose conforme calendarizado.</p> <p><u>1xdia</u> – fazer uma dose até 12 h após a toma em falta. Se impossível, omitir a toma e fazer a próxima dose conforme calendarizado.</p>
Duplicação da dose	<p><u>2xdia</u> – omitir a próxima dose e retomar o esquema posológico habitual dentro de 24 h.</p> <p><u>1xdia</u> – manter o regime habitual.</p>
Incerteza sobre a toma do medicamento	<p><u>2xdia</u> – fazer a próxima toma como habitualmente</p> <p><u>1xdia</u> - fazer uma nova dose e continuar o regime habitual.</p>
Overdose	Internamento recomendado.

Doentes que vão ser submetidos a cirurgia programada

Intervenções que não necessitam necessariamente de suspensão do anticoagulante

Fazer a intervenção com os níveis do anticoagulante “em vale”.

Considerar programar a intervenção para 18-24 h após a última toma e retomar o tratamento 6 h depois (omitir uma dose se estiver a fazer um novo ACO 2xdia)

- **Intervenções dentárias**
 - Extração de 1 a 3 dentes
 - Cirurgia paradontal
 - Incisão de abcesso
 - Implante dentário
- **Oftalmologia**
 - Cirurgia de cataratas ou glaucoma
 - Endoscopia sem cirurgia
- **Pequena cirurgia** (e.g. drenagem de abcesso, dermatológica superficial)

EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation

Hein Heidbuchel¹, M.D., Ph.D., Peter Verhamme¹, M.D., Ph.D., Marco Alings², M.D., Ph.D., Matthias Antz³, M.D., Werner Hacke⁴, M.D., Jonas Oldgren⁵, M.D., Ph.D., Peter Sinnaeve¹, M.D., Ph.D., A. John Camm⁶, M.D., Paulus Kirchhof⁷, M.D., Ph.D.

1. Department of Cardiovascular Medicine, University Hospital Gasthuisberg, University of Leuven, Leuven, Belgium; 2. Department of Cardiology, Amphia Ziekenhuis, Breda, Netherlands; 3. Department of Cardiology, Klinikum Oldenburg, Oldenburg, Germany; 4. Department of Neurology, Ruprecht Karls Universität, Heidelberg, Germany; 5. Uppsala Clinical Research Center and Dept of Medical Sciences, Uppsala University, Uppsala, Sweden; 6. Clinical Cardiology, St George's University, London, United Kingdom; 7. University of Birmingham Centre for Cardiovascular Sciences, Birmingham, UK, and Department of Cardiology and Angiology, University of Münster, Germany

www.escardio.org/EHRA



www.NOACforAF.eu