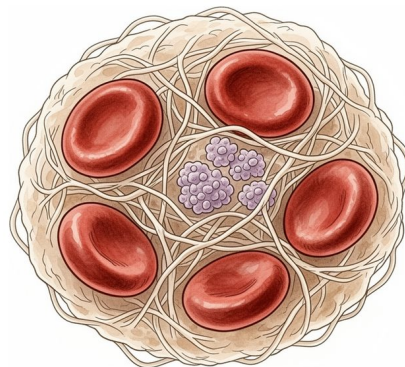


Anticoagulantes ao Redor da Cirurgia

Um coágulo é formado por plaquetas agregadas e reforçadas por uma rede de fibras de fibrina — o processo que os anticoagulantes são projetados para interromper.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

“Anticoagulante” abrange duas famílias de medicamentos que atuam de maneiras completamente diferentes, e essa diferença é exatamente a razão pela qual alguns precisam ser interrompidos uma semana antes de uma cirurgia, enquanto outros apenas precisam ser suspensos por um ou dois dias. Saber qual você toma e como ele realmente funciona torna as instruções que você recebe muito menos misteriosas.

Primeiro, como o sangue coagula de fato?

Para compreender os diferentes anticoagulantes, ajuda saber como o seu sangue normalmente sela uma fuga, porque cada medicamento interrompe uma etapa diferente.

Quando um vaso sanguíneo é cortado ou danificado, o seu corpo o obstrui em **duas etapas**:

- 1. As plaquetas formam o tampão: os primeiros socorristas rápidos.** As plaquetas são pequenos fragmentos celulares que circulam no sangue sem fazer nada até que sejam necessários. No instante em que encontram a parede de um vaso danificado, elas ficam pegajosas, acumulam-se na lesão e agregam-se, formando um tampão macio e temporário em segundos ou minutos. Pense nisso como o remendo de emergência do corpo.
- 2. A cascata de coagulação solidifica o tampão.** Esse tampão plaquetário é frágil por si só. Para reforçá-lo, o sangue executa uma reação em cadeia chamada **cascata de coagulação**, uma série de proteínas chamadas **fatores de coagulação** (a maioria produzida pelo fígado, várias delas necessitando de **vitamina K**) que ativam umas às outras em sequência, como uma fileira de dominós. A cascata termina por converter uma proteína chamada fibrinogênio em **fibrina**, uma malha de fios finos que se entrelaça no tampão plaquetário e o fixa em um coágulo firme e estável.

Portanto, um coágulo completo é realmente **plaquetas mantidas unidas por uma malha de fibrina**. Quando ele sela uma ferida, isso é exatamente o que se deseja; mas o mesmo processo ocorrendo *não desejado* dentro de

uma artéria ou veia causa um infarto, acidente vascular cerebral (AVC) ou TVP. É isso que os anticoagulantes são prescritos para prevenir.

Aqui está a chave para tudo o que se segue: as duas famílias de anticoagulantes cada uma bloqueia uma etapa diferente. Os medicamentos **antiagregantes plaquetários** atenuam a primeira etapa (as plaquetas); os medicamentos **anticoagulantes** interrompem a segunda (a cascata de fatores de coagulação). Essa única diferença também explica por que o tempo de suspensão antes da cirurgia é tão diferente, porque “reverter” uma plaqueta não é o mesmo que “reverter” um fator de coagulação.

Medicamentos antiagregantes plaquetários

(aspirina, clopidogrel/Plavix, ticagrelor/Brilinta, prasugrel/Effient)

Estes medicamentos impedem que as pequenas células sanguíneas chamadas **plaquetas** se agreguem para iniciar a formação de um coágulo.

- **Aspirina e clopidogrel** (e prasugrel) atuam de forma **irreversível**: uma vez que o fármaco atinge uma plaqueta, essa plaqueta é inativada para o resto da sua vida. O seu corpo não consegue reativá-la. A única maneira de voltar à coagulação normal é produzir novas plaquetas, e as plaquetas vivem apenas cerca de 7–10 dias, com aproximadamente 10% a serem substituídas diariamente. Por isso, após a interrupção, demoram cerca de 5–7 dias a acumular-se plaquetas novas e funcionais suficientes para uma cirurgia segura. É esta renovação plaquetária a razão pela qual estes medicamentos são geralmente suspensos cerca de uma semana antes.
- **Ticagrelor** é **reversível**; liberta-se da plaqueta em vez de a desativar permanentemente, pelo que é eliminado um pouco mais rapidamente, mas ainda necessita de alguns dias.
- **A aspirina é frequentemente mantida** em operações com baixo risco de sangramento, ou quando está a proteger uma stent cardíaco, porque o pequeno risco de sangramento é superado pelo risco de trombose. O seu cirurgião toma essa decisão.

Anticoagulantes

Estes atuam mais adiante na cascata de coagulação, sobre os **fatores** de coagulação no sangue, em vez de nas plaquetas.

Varfarina (Coumadin, Marevan). A varfarina impede que o fígado produza vários fatores de coagulação dependentes de vitamina K. Ela não remove os fatores já em circulação; esses precisam ser consumidos e eliminados naturalmente, o que leva cerca de 5 dias. É por isso que a varfarina geralmente é interrompida cerca de 5 dias antes da cirurgia e um exame de sangue (o **INR**) é realizado para confirmar que o sangue voltou ao normal. Se você estiver em alto risco de trombose durante esse intervalo, pode ser feita uma **“ponte”** com injeções de heparina de ação curta, que podem ser interrompidas muito mais perto da operação.

Os comprimidos mais recentes: DOACs (apixaban/Eliquis, rivaroxaban/Xarelto, dabigatran/Pradaxa, edoxaban). Cada um bloqueia um único fator de coagulação específico, e o corpo os elimina rapidamente, com

uma meia-vida de cerca de 12 horas. Como são eliminados tão rapidamente, geralmente só precisam ser interrompidos 1–2 dias antes da cirurgia. O período de suspensão é maior se os rins não eliminarem bem o medicamento (especialmente o dabigatran, que é eliminado principalmente pelos rins) ou se a cirurgia tiver alto risco de sangramento. Não requerem monitoramento do INR e geralmente não necessitam de ponte.

Injeções de Heparina / heparina de baixo peso molecular (enoxaparina/Clexane). Ação curta; usadas para fazer ponte com a varfarina ou para prevenir trombos. Como o efeito desaparece em horas, a última dose é simplesmente programada perto da cirurgia (geralmente cerca de 24 horas antes de uma dose terapêutica).

Por que o timing é o que é – em uma linha

Isso se resume a como o medicamento funciona e como seu corpo o elimina: os medicamentos irreversíveis para plaquetas exigem que você produza novas plaquetas (cerca de uma semana); a varfarina precisa que os antigos fatores de coagulação sejam eliminados (cerca de 5 dias); os DOACs simplesmente são eliminados (um ou dois dias). Cada plano também pondera seu **risco de trombose** pessoal, razão pela qual duas pessoas no mesmo medicamento podem receber instruções diferentes.

O que você deve fazer

- Traga uma **lista exata** de tudo o que você toma para sua avaliação pré-operatória, incluindo aspirina e suplementos como óleo de peixe, que também afetam o sangramento.
- Siga as **datas específicas por escrito para parar e retomar** que você receber. Elas são personalizadas para o seu medicamento, sua função renal e sua cirurgia.
- **Nunca pare, inicie ou altere um anticoagulante por conta própria**, e não suponha que seu horário coincide com o de um amigo.
- Informe a todos os profissionais de saúde envolvidos que você faz uso de um.

Após a sua cirurgia

Os anticoagulantes são reiniciados assim que o risco de sangramento se estabiliza, às vezes dentro de um dia, às vezes mais tempo após cirurgias com maior risco de sangramento. Será informado exatamente quando. O coágulo que o medicamento previne não desaparece porque você teve uma cirurgia, portanto, **reiniciar no tempo certo é tão importante quanto parar**.

Ligue-nos se

- Perceber que tomou uma dose que lhe foi dito para omitir, ou omitiu uma que lhe foi dito para tomar
- Apresentar hematomas incomuns ou graves, sangramento, sangue na urina ou nas fezes, fezes negras e alcatroadas, ou sangramento que não para

- Estiver em dúvida sobre o que fazer com o seu anticoagulante antes da sua operação: pergunte sempre em vez de adivinhar