

# ANTICOAGULANTES E E ANESTESIA:

MANEJO PRÁTICO



## **Introdução: O Fio da Navalha Entre o Risco Trombótico e o Hemorrágico**

- O dilema diário do anestesista.
  - A importância das diretrizes e da avaliação individualizada.
- 

## **Capítulo 1: A Velha Guarda - Warfarina e Heparinas (Diretrizes 2025)**

- **1.1. Warfarina (Varfarina): A Matriarca da Anticoagulação Oral**
    - Mecanismo de Ação e Monitorização com RNI.
    - Manejo Pré-operatório e Metas de RNI para Neuroeixo.
    - O Paradigma Atual do "Bridging" (Ponte Terapêutica): Quando e Como Fazer.
    - Reversão Urgente: CCP, Vitamina K e PFC.
  - **1.2. Heparina Não Fracionada (HNF): A Flexibilidade para o Paciente Agudo**
    - Mecanismo de Ação e Monitorização com TTPA/TCA.
    - Manejo para Bloqueios de Neuroeixo (Infusão IV vs. Subcutânea).
    - Reversão com Sulfato de Protamina.
  - **1.3. Heparinas de Baixo Peso Molecular (HBPM): A Previsibilidade Ambulatorial**
    - Mecanismo de Ação e o Papel do Anti-Xa.
    - Intervalos de Suspensão para Doses Profiláticas vs. Terapêuticas.
    - O Papel Crítico da Função Renal no Manejo.
    - Regras para Reinício e Remoção de Cateteres.
- 

## **Capítulo 2: Os DOACs - A Nova Geração (Diretrizes 2025)**

- **2.1. Inibidores Diretos da Trombina: O Agente Solitário (Dabigatrana)**
    - Farmacocinética e a Dependência da Função Renal.
    - Tabela de Suspensão Estratificada por Risco e Clearance de Creatinina.
    - Reversão com Idarucizumab (Praxbind®).
  - **2.2. Inibidores do Fator Xa: O Esquadrão "Xabana" (Rivaroxabana, Apixabana, Edoxabana)**
    - Farmacocinética Comparada e Eliminação Renal.
    - Intervalos de Suspensão para Bloqueios de Neuroeixo.
    - Reversão com Andexanet Alfa (Andexxa®) e o Papel do CCP.
- 

## **Capítulo 3: Os Antiplaquetários - O Dilema da Dupla Agregação (Diretrizes 2025)**

- **3.1. AAS (Ácido Acetilsalicílico): O Veterano Inibidor da COX**
    - **A Diretriz Atual: Manter ou Suspende?**
    - **Segurança em Bloqueios de Neuroeixo.**
  - **3.2. Inibidores do P2Y12: O Trio Potente (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor)**
    - **Farmacocinética e Tempos de Suspensão.**
    - **O Cenário Crítico: O Paciente com Stent Coronário.**
    - **A Abordagem Multidisciplinar Mandatória.**
- 

#### **Capítulo 4: Tabelas e Fluxogramas - O Bizu do Hypnare na Prática**

- **Tabela 1: Tempos de Suspensão para Bloqueios de Neuroeixo (Resumo Completo).**
  - **Tabela 2: Agentes de Reversão para Anticoagulantes (Guia Rápido).**
  - **Fluxograma 3: Algoritmo de Decisão para o Manejo do Paciente com Stent Coronário.**
- 

#### **Conclusão: Anestesia e Anticoagulantes - A Segurança na Ponta da Agulha**

- **Resumo dos Pontos-Chave.**
- **A Importância da Atualização Contínua e da Comunicação Interdisciplinar.**

## **Introdução: Anticoagulantes e Anestesia - O Fio da Navalha Entre o Risco Trombótico e o Hemorrágico**

Olá, residente! Bem-vindo(a) a mais um guia essencial do **Hypnare**.

No complexo universo da anestesiologia, poucas decisões exigem tanto discernimento e atualização constante quanto o manejo de pacientes sob terapia anticoagulante ou antiplaquetária. É um verdadeiro "fio da navalha": de um lado, o risco de sangramento, por vezes catastrófico, se o fármaco for mantido; do outro, a ameaça de eventos trombóticos (AVC, IAM, trombose de *stent*) se a suspensão for inadequada ou prolongada.

Este dilema é uma realidade diária para o anestesista. Não se trata apenas de "suspender x dias antes" ou "reiniciar y horas depois". Envolve compreender a farmacologia individual de cada agente, a fisiopatologia da condição que exige a anticoagulação, o risco hemorrágico do procedimento cirúrgico e, crucialmente, as particularidades de cada paciente.

A cada ano, novas diretrizes emergem, novos fármacos são lançados e a nossa responsabilidade em proporcionar uma anestesia segura e eficaz torna-se ainda maior. É neste cenário de constante evolução que o **Hypnare** apresenta este ebook: **"Anticoagulantes e Anestesia: Manejo Prático"**.

Aqui, você encontrará um guia baseado nas mais recentes evidências e diretrizes das principais sociedades (com foco nas recomendações da ASRA – American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine), desmistificando a complexidade do tema. Nosso objetivo é transformar a incerteza em clareza, oferecendo um material prático, objetivo e completo para te auxiliar nas suas decisões pré, intra e pós-operatórias.

Prepare-se para dominar a farmacologia dos anticoagulantes e antiplaquetários, entender os tempos de suspensão e reinício, e aprender a gerir as reversões em situações de urgência. Com este conhecimento, você estará mais seguro(a) para navegar neste campo minado com a destreza que a nossa especialidade exige.

Vamos começar?



## Capítulo 1: A Velha Guarda - Warfarina e Heparinas (Diretrizes 2025)

No complexo xadrez da coagulação, a Warfarina e as Heparinas são as peças clássicas. Embora os DOACs tenham redesenhado o tabuleiro, dominar o manejo destes agentes tradicionais continua a ser uma competência essencial e frequentemente testada para o anestesista.

### 1.1. Warfarina (Varfarina): A Matriarca da Anticoagulação Oral

- **Mecanismo de Ação:** Inibidora da enzima **vitamina K epóxido redutase (VKORC1)**, essencial para a gama-carboxilação dos fatores de coagulação II, VII, IX e X, e das proteínas C e S. O efeito anticoagulante pleno só é atingido após 48 a 72 horas, apesar da rápida elevação inicial do RNI (devido à curta meia-vida do Fator VII).

- **Monitorização: RNI (Razão Normalizada Internacional).**
- **Manejo Pré-operatório para Procedimentos Eletivos (Consenso 2025):**
  - **Suspensão: 5 dias antes** do procedimento continua a ser o padrão-ouro.
  - **Meta de RNI:** O objetivo para procedimentos de alto risco hemorrágico, incluindo **bloqueios de neuroeixo, é um  $RNI \leq 1.4$** . A literatura mais recente tem sido mais rigorosa, e a antiga margem de "até 1.5" é cada vez mais questionada para neuroeixo. A verificação deve ser realizada nas 24h que antecedem o procedimento.
  - **"Bridging" (Ponte Terapêutica) - O Paradigma Atual:**
    - **Quando é Indicado:** A prática de ponte universal foi abandonada. As diretrizes de 2025, reforçadas por estudos como o BRIDGE trial, enfatizam que a ponte só deve ser feita em pacientes de **altíssimo risco trombótico**, pois aumenta significativamente o risco de sangramento.
    - **Alto Risco (Considerar Ponte):** Válvulas mecânicas mitrais, válvulas aórticas de modelo antigo (gaiola-bola), histórico de AVC/TEP nos últimos 3 meses, fibrilhação auricular (FA) com  $CHA_2DS_2-VASc \geq 7-8$  ou AVC prévio.
    - **A maioria dos outros pacientes (incluindo muitos com FA):** A interrupção simples da Warfarina é mais segura.
    - **Como Fazer a Ponte com HBPM:** Iniciar HBPM em dose terapêutica quando o RNI cai abaixo de 2.0 (geralmente 3 dias antes). A última dose terapêutica deve ser administrada na manhã do dia anterior à cirurgia (ou seja, **pelo menos 24 horas antes** do bloqueio/procedimento).
- **Reversão Urgente:**
  - **Sangramento Ameaçador à Vida:** A primeira linha é o **Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP) de 4 fatores**, que oferece uma reversão rápida (minutos) e com menor volume.
  - **Vitamina K:** Administrar 5-10 mg IV lentamente em conjunto com o CCP para sustentar a reversão.
  - **Plasma Fresco Congelado (PFC):** Considerado segunda linha devido ao grande volume necessário, risco de TRALI e tempo de preparo.

---

## 1.2. Heparina Não Fracionada (HNF): A Flexibilidade para o Paciente Agudo

- **Mecanismo de Ação:** Potencializa a **antitrombina III**, inativando principalmente a **trombina (Fator IIa)** e o **Fator Xa**.
- **Monitorização: TTPA** (para infusão IV) ou **TCA** (em CEC e vascular).



- **Manejo para Bloqueios de Neuroeixo (ASRA 2025):**
    - **Infusão IV:** Suspender **4 a 6 horas antes** da punção. É **mandatório** verificar um TTPA normal ou o TCA basal antes de proceder.
    - **Subcutânea (SC) - Dose Profilática (ex: 5000 UI 12/12h):** Pode ser realizada com segurança. O intervalo entre a dose e a punção neuroaxial deve ser de **4 a 6 horas**.
    - **Subcutânea (SC) - Dose Terapêutica:** Esta modalidade é de alto risco e raramente utilizada. O manejo deve ser individualizado, com um intervalo mínimo de **12 a 24 horas** e verificação do TTPA.
  - **Reversão: Sulfato de Protamina** (1 mg para cada 100 UI de heparina administrada nas últimas 2-3 horas).
- 

### 1.3. Heparinas de Baixo Peso Molecular (HBPM - Enoxaparina): A Previsibilidade Ambulatorial

- **Mecanismo de Ação:** Inibição predominante do **Fator Xa**.
  - **Monitorização:** Níveis de **anti-Xa** em casos selecionados (insuficiência renal grave, obesidade mórbida, gestação).
  - **Manejo para Bloqueios de Neuroeixo (ASRA 2025 - Ponto Crítico):**
    - **Dose Profilática (ex: 40 mg Enoxaparina 1x/dia):** O intervalo seguro entre a última dose e a punção neuroaxial é de **12 horas**.
    - **Dose Terapêutica (ex: 1 mg/kg 12/12h ou 1.5 mg/kg 1x/dia):** O intervalo seguro é de **24 horas**. Não há exceções.
    - **Função Renal (ClCr < 30 mL/min):** A meia-vida da HBPM é prolongada.
      - Para **doses profiláticas**, o intervalo deve ser estendido para **24 horas**.
      - Para **doses terapêuticas**, o bloqueio neuroaxial é considerado de alto risco e deve ser evitado, se possível. Se absolutamente necessário, um intervalo de **48 horas** e a verificação do nível de anti-Xa são recomendados.
    - **Reinício Pós-procedimento:** A primeira dose de HBPM deve ser administrada **pelo menos 4 horas após a remoção do cateter**, e o cateter não deve ser removido antes de **12 horas (dose profilática)** ou **24 horas (dose terapêutica)** após a última injeção.
- 

**Bizu do Hypnare para o Especialista:** 🐼

As diretrizes de 2025 consolidam a tendência de **descalonamento da terapia ponte** com Warfarina e reforçam a importância da **função renal** no manejo das HBPM. O diabo

*mora nos detalhes: um RNI de 1.6, uma dose de enoxaparina há 22 horas ou um clearance de creatinina de 28 mL/min são os fatores que transformam um procedimento de rotina num caso de alto risco. A segurança no manejo da "velha guarda" está na precisão e na adesão rigorosa a estes intervalos.*





## Capítulo 2: Os DOACs - A Nova Geração (Diretrizes 2025)

Se a "velha guarda" nos ensinou sobre a arte da monitorização e da paciência, a nova geração de Anticoagulantes Oraís Diretos (DOACs) revolucionou a prática com a sua previsibilidade e facilidade de uso. No entanto, essa simplicidade aparente esconde complexidades que todo o anestesiista precisa de dominar, especialmente porque não temos um "RNI" para nos guiar. Bem-vindo(a) à era da farmacocinética de precisão.

### 2.1. Inibidores Diretos da Trombina: O Agente Solitário (Dabigatrana)

A Dabigatrana (Pradaxa®) atua diretamente no final da cascata de coagulação, inibindo de forma competitiva e reversível a trombina (Fator IIa), tanto a livre como a ligada ao coágulo.

- **Farmacocinética Chave:** É um pró-fármaco com absorção oral dependente de um meio ácido. A sua eliminação é **predominantemente renal (~80%)**, o que torna a função renal o fator mais crítico no seu manejo. A sua meia-vida é de 12 a 17 horas em pacientes com função renal normal.

- **Manejo Pré-operatório para Bloqueios de Neuroeixo (Diretrizes ASRA 2025):** O tempo de suspensão é **estratificado pelo risco hemorrágico do procedimento e pela função renal (Clearance de Creatinina - ClCr)**.

Risco Procedimento    ClCr ≥ 80 mL/min    ClCr 50-79 mL/min    ClCr 30-49 mL/min

**Baixo Risco**                      48 horas                      72 horas                      96 horas

**Alto Risco Neuroeixo** 72 horas                      96 horas                      120 horas (5 dias)

- **Bizu do Hypnare:** Em caso de dúvida ou num paciente com função renal limítrofe, opte sempre pelo intervalo de tempo mais longo. A segurança é inegociável.
- **Reversão Urgente:**
  - **Antídoto Específico: Idarucizumab (Praxbind®).** É um fragmento de anticorpo monoclonal humanizado que se liga à Dabigatrana com uma afinidade ~350 vezes maior que a trombina, neutralizando o seu efeito de forma imediata e completa.
  - **Alternativas (na ausência do antídoto):** O Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP) pode ser considerado, mas a sua eficácia é menos previsível. A hemodiálise também pode remover a Dabigatrana, sendo uma opção em casos extremos.

## 2.2. Inibidores do Fator Xa: O Esquadrão "Xabana" (Rivaroxabana, Apixabana, Edoxabana)

Este grupo de fármacos (Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®) atua num ponto mais alto da via comum da coagulação, inibindo de forma direta e reversível o Fator Xa.

- **Farmacocinética Chave:** Embora todos sejam metabolizados parcialmente no fígado (via CYP3A4), a sua eliminação renal varia, o que impacta o manejo:
  - **Rivaroxabana:** ~33% de eliminação renal.
  - **Apixabana:** ~27% de eliminação renal (a mais segura em insuficiência renal).
  - **Edoxabana:** ~50% de eliminação renal. A sua meia-vida varia entre 5 e 13 horas.
- **Manejo Pré-operatório para Bloqueios de Neuroeixo (Diretrizes ASRA 2025):** O tempo de suspensão para os inibidores do Fator Xa é geralmente de **72 horas (3 dias)** antes de procedimentos de alto risco, como bloqueios de neuroeixo, em pacientes com função renal normal.

Fármaco            Tomada Suspensão para Neuroeixo (Função Renal Normal)

**Rivaroxabana** 1x/dia            72 horas

**Apixabana**    2x/dia            72 horas

**Edoxabana**    1x/dia            72 horas

- **Função Renal:** Em pacientes com disfunção renal significativa, estes intervalos devem ser estendidos, e a avaliação individualizada, por vezes com a ajuda de testes de coagulação específicos (como o nível de anti-Xa), pode ser necessária.
- **Reversão Urgente:**
  - **Antídoto Específico: Andexanet Alfa (Andexxa®).** É uma proteína recombinante que atua como um "isco", ligando-se aos inibidores do Fator Xa e neutralizando o seu efeito.
  - **Alternativas: O Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP) de 4 fatores** é a alternativa mais utilizada e recomendada na ausência do antídoto específico, com eficácia comprovada na reversão do efeito.

---

### Bizu do Hypnare para o Especialista: 🐻

*A era dos DOACs exige que o anestesista pense como um farmacologista. A pergunta-chave não é apenas "qual fármaco?", mas sim "qual a função renal deste paciente?". A creatinina isolada pode enganar, especialmente em idosos. Calcule sempre o Clearance de Creatinina (ex: pela fórmula de Cockcroft-Gault) para definir o tempo de suspensão com segurança. Nos DOACs, a fisiologia renal é a bússola que guia o nosso manejo.*

## CAPÍTULO 3: - OS ANTIPLAQUETÁRIOS - O DILEMA DA DUPLA AGREGAÇÃO



### Capítulo 3: Os Antiplaquetários - O Dilema da Dupla Agregação (Diretrizes 2025)

Se o manejo dos anticoagulantes é um xadrez, o dos antiplaquetários é um jogo de equilíbrio sobre uma corda bamba, especialmente em pacientes com *stents* coronários recentes. Aqui, o risco de um hematoma espinhal compete diretamente com o risco catastrófico de uma trombose de *stent*. A comunicação multidisciplinar e o conhecimento profundo das diretrizes não são opcionais, são mandatórios.

Excelente! Com a imagem que ilustra perfeitamente a "batalha" pela agregação plaquetária, vamos mergulhar nos detalhes do Capítulo 3.

Aqui está o texto completo do **Capítulo 3: Os Antiplaquetários - O Dilema da Dupla Agregação**, mantendo o rigor científico e o alinhamento com as diretrizes mais recentes para 2025.

---



### 3.1. AAS (Ácido Acetilsalicílico): O Veterano Inibidor da COX

O AAS é o antiplaquetário mais antigo e amplamente utilizado, atuando de forma irreversível na ciclooxigenase-1 (COX-1) plaquetária, inibindo a produção de tromboxano A2. O efeito antiplaquetário dura toda a vida da plaqueta (7 a 10 dias).

- **Manejo Pré-operatório (Diretrizes ASRA 2025 e Colégios de Cardiologia):**
  - **Maioria das Cirurgias (exceto neuroeixo de alto risco/intracraniana):** Para pacientes em **prevenção secundária** (histórico de IAM, AVC, *stent* coronário antigo, doença arterial periférica), a recomendação atual e mais forte é **MANTER o AAS no perioperatório**. A suspensão do AAS aumenta o risco de eventos cardiovasculares (IAM, AVC) de forma mais significativa do que o risco de sangramento na maioria das cirurgias.
  - **Cirurgias de Alto Risco Hemorrágico (ex: neurocirurgia intracraniana, cirurgia de próstata):** A suspensão pode ser considerada, geralmente 3-5 dias antes, avaliando sempre o risco-benefício individual.
  - **Bloqueios de Neuroeixo (Espinhal/Peridurais):**
    - **AAS isolado:** As diretrizes da ASRA consideram o AAS isolado como de **baixo risco** para sangramento significativo associado a bloqueios de neuroeixo. **Não há necessidade de suspender o AAS antes de um bloqueio neuroaxial.**
    - **Monitorização:** Não há teste de coagulação específico de rotina para monitorizar o efeito antiplaquetário do AAS que seja preditivo para o risco de hematoma neuroaxial. A avaliação clínica e a técnica cuidadosa são primordiais.

---

### 3.2. Inibidores do P2Y12: O Trio Potente (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor)

Estes fármacos atuam bloqueando o recetor P2Y12 nas plaquetas, impedindo a agregação plaquetária induzida por ADP. A sua meia-vida plaquetária (duração do efeito) varia, o que dita os tempos de suspensão.

- **Farmacocinética Chave:**
  - **Clopidogrel (Plavix®):** Pró-fármaco, inibe o P2Y12 irreversivelmente. Metabolismo hepático via CYP2C19. Efeito antiplaquetário dura 7-10 dias.
  - **Prasugrel (Effient®):** Pró-fármaco, inibe o P2Y12 irreversivelmente. Mais potente e de ação mais rápida que o Clopidogrel. Efeito antiplaquetário dura 7-10 dias.
  - **Ticagrelor (Brilinta®):** Inibidor direto e reversível do P2Y12. Efeito antiplaquetário dura 3-5 dias. É o único reversível e com meia-vida mais curta.

- **O Desafio do Stent Coronário:** Este é o cenário mais crítico para o anestesista. A suspensão precoce da Terapia Antiplaquetária Dupla (DAPT - geralmente AAS + P2Y12 inibidor) em pacientes com *stents* aumenta exponencialmente o risco de **trombose de stent**, uma complicação de alta mortalidade.
- **Manejo Pré-operatório para Bloqueios de Neuroeixo (Diretrizes ASRA 2025):**
  - **Clopidogrel:** Suspender **5-7 dias** antes do procedimento. A maioria das diretrizes se inclina para 5 dias se o risco trombótico for alto, e 7 dias se o risco hemorrágico for muito alto.
  - **Prasugrel:** Suspender **7 dias** antes do procedimento. Devido à sua maior potência, o tempo de suspensão é mais longo.
  - **Ticagrelor:** Suspender **3-5 dias** antes do procedimento. Por ser um inibidor reversível com meia-vida mais curta, permite um tempo de suspensão menor.
- **A Abordagem Multidisciplinar é MANDATÓRIA (Diretrizes 2025):**
  - **Comunicação:** Em pacientes com *stent* coronário (especialmente recentes), a decisão de suspender a DAPT ou realizar um bloqueio neuroaxial **NUNCA deve ser tomada isoladamente**. É imperativa a discussão com o cardiologista intervencionista e o cirurgião.
  - **Tempos de Segurança do Stent:**
    - **Stent farmacológico (DES):** O risco de trombose é maior nos primeiros 12 meses. O ideal é adiar cirurgias eletivas não cardíacas por **12 meses**. Se a cirurgia não pode esperar, considerar adiar por pelo menos 6 meses.
    - **Stent metálico (BMS):** Risco de trombose é maior nos primeiros 30 dias. O ideal é adiar cirurgias eletivas por **30 dias**.
  - **Risco x Benefício:** Se a cirurgia for urgente e a DAPT tiver que ser suspensa, o anestesista deve estar ciente do risco aumentado de eventos cardíacos perioperatórios.
  - **Testes de Função Plaquetária:** Embora existam (ex: VerifyNow®), não são universalmente recomendados para guiar a decisão de suspensão ou para prever o risco de sangramento em bloqueios neuroaxiais. A avaliação clínica e os tempos de suspensão padronizados são a base.
- **Reversão Urgente (Não existe um antídoto específico para inibidores P2Y12):**
  - **Transfusão de Plaquetas:** É a principal estratégia, embora a eficácia seja limitada, especialmente em inibidores irreversíveis (Clopidogrel, Prasugrel), pois as novas plaquetas também serão inibidas.
  - **Desmopressina (DDAVP):** Pode ser considerada para melhorar a função plaquetária em algumas situações.

---

### **Bizu do Hypnare para o Especialista: 🐻**

*No manejo de antiplaquetários, especialmente os inibidores do P2Y12, o fator mais crítico é o **tempo desde a implantação do stent**. Nunca subestime a trombose de stent! A comunicação clara e precoce com o cardiologista é a sua melhor ferramenta para evitar desastres. O AAS isolado não é uma contraindicação para neuroeixo. Na dupla antiagregação, pense muito bem antes de tocar num neuroeixo e, se for para suspender, o cardiologista tem de estar a bordo!*



**Tabela 1: Tempos de Suspensão para Bloqueios de Neuroeixo (Diretrizes ASRA 2025)**

<b>Fármaco</b>	<b>Dose / Situação</b>	<b>Intervalo Mínimo Antes do Neuroeixo</b>
<b>Warfarina</b>	Terapêutica	5 dias (e RNI $\leq$ 1.4)
<b>Heparina Não Fracionada (HNF)</b>	Infusão IV Terapêutica	4 - 6 horas (e TTPA normal)
<b>Heparina de Baixo Peso Mol. (HBPM)</b>	Profilática (ex: 40mg 1x/dia)	12 horas
<b>Heparina de Baixo Peso Mol. (HBPM)</b>	Terapêutica (ex: 1mg/kg 12/12h)	24 horas
<b>Dabigatrana (Pradaxa®)</b>	ClCr $\geq$ 50 mL/min	72 horas
<b>Rivaroxabana (Xarelto®)</b>	Função Renal Normal	72 horas
<b>Apixabana (Eliquis®)</b>	Função Renal Normal	72 horas
<b>AAS (Aspirina)</b>	Dose Profilática/Terapêutica	Não é necessário suspender
<b>Clopidogrel (Plavix®)</b>	Terapêutica	5 - 7 dias
<b>Prasugrel (Effient®)</b>	Terapêutica	7 dias
<b>Ticagrelor (Brilinta®)</b>	Terapêutica	3 - 5 dias

**Tabela 2: Agentes de Reversão para Anticoagulantes**

<b>Fármaco a Reverter</b>	<b>Agente de Primeira Linha</b>	<b>Alternativa / Adjuvante</b>
<b>Warfarina</b>	Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP)	Vitamina K, Plasma Fresco Congelado (PFC)
<b>Heparina Não Fracionada (HNF)</b>	Sulfato de Protamina	N/A
<b>Heparina de Baixo Peso Mol. (HBPM)</b>	Sulfato de Protamina (reversão parcial)	Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP)
<b>Dabigatrana</b>	Idarucizumab (Praxbind®)	Hemodiálise, CCP
<b>Inibidores do Fator Xa</b>	Andexanet Alfa (Andexxa®)	Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP)

---

### Fluxograma 3: Manejo do Paciente com Stent Coronário

*(Este é um algoritmo simplificado para decisão rápida. A comunicação com o cardiologista é sempre mandatória.)*

**Paciente com Stent Coronário para Cirurgia Eletiva ↓ 1. Avaliar o Tempo desde a Angioplastia:**

- **< 30 dias (Stent Metálico) ou < 6 meses (Stent Farmacológico)?**
  - **Sim** → Risco de trombose de stent é **MUITO ALTO**.
    - **Ação:** Adiar a cirurgia eletiva. Discutir com cardiologista e cirurgião.
  - **Não** → Proceder para o passo 2. ↓ **2. Avaliar o Risco Hemorrágico do Procedimento:**
- **Baixo Risco (ex: catarata, endoscopia sem biópsia):**
  - **Ação:** Manter a Terapia Antiplaquetária Dupla (DAPT). Proceder com a cirurgia.
- **Alto Risco (ex: neurocirurgia, prostatectomia, bloqueio de neuroeixo):**
  - **Ação:** Discutir com o cardiologista a possibilidade de **manter o AAS** e suspender o inibidor do P2Y12 (Clopidogrel, etc.) pelo tempo recomendado.
    - Se o risco trombótico ainda for considerado muito alto pelo cardiologista, considerar **ponte com um agente de curta duração** (ex: Cangrelor IV) se disponível e indicado, ou reavaliar o risco-benefício da cirurgia.

## **Conclusão: Anticoagulantes e Anestesia - A Segurança na Ponta da Agulha**

Chegamos ao final da nossa jornada pelo complexo universo dos anticoagulantes e antiplaquetários na anestesia. Se há uma lição central a ser tirada deste guia, é que o manejo perioperatório destes fármacos transcende a simples memorização de regras. É uma competência dinâmica que exige vigilância, conhecimento profundo e, acima de tudo, um raciocínio clínico individualizado.

Navegamos pela "velha guarda" da Warfarina e das Heparinas, onde a monitorização laboratorial ainda é a nossa bússola. Explorámos a "nova geração" dos DOACs, que trocou a monitorização pela previsibilidade farmacocinética, colocando a função renal no centro da nossa tomada de decisão. E, por fim, enfrentámos o dilema da dupla antiagregação plaquetária, onde a comunicação multidisciplinar não é apenas uma boa prática, mas uma condição essencial para a segurança do paciente.

A anestesiologia moderna não nos permite mais operar com base em dogmas. A decisão de suspender ou manter um anticoagulante, de realizar ou não uma ponte terapêutica, de escolher ou contraindicar um bloqueio de neuroeixo, deve ser sempre fundamentada nas evidências mais recentes e adaptada à realidade única de cada paciente o seu risco trombótico versus o seu risco hemorrágico.

Que este ebook do **Hypnare** sirva não como um ponto final, mas como um ponto de partida. Um guia de bolso para a sua prática diária, uma ferramenta para consulta rápida nos momentos de dúvida e um estímulo para que a busca pelo conhecimento seja contínua. As diretrizes mudam, novos fármacos surgem, mas o nosso compromisso com a segurança do paciente permanece inabalável.

A segurança na ponta da agulha começa com o conhecimento na ponta da língua.

Continue a aprofundar a sua jornada conosco.

- Dr. Hypno 🐻

Elaborado e Revisado por Equipe Hypnare:

Gabriela da Silva Machado

Matheus Rezende André