

ASPIRINA E OUTROS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS (AINE)

Os procedimentos endoscópicos podem ser realizados em pacientes em uso AAS e AINES na ausência de outras condições hemorrágicas pré-existentes.

*DROGAS ANTITROMBÓTICAS

Drogas anti-plaquetárias	Duração da ação
Tienopiridinas	
Dipiridamol (Persantin®)	2 - 3 dias
Clopidogrel (Plavix®)	5 - 7 dias
Ticagrelor (Brilinta®)	3 - 5 dias
Prasurgel (Effient®)	5 - 7 dias
Ticlopidina (Ticlid®)	10 - 24 dias
Inibidores da GPIIb/IIIa	
Tirofiban (Aggrastat®)	1 - 2 segundos
Abciximab (ReoPro®)	24 horas
Eptifibatide (Integrilin®)	4 horas
Drogas anticoagulantes	
Warfarin (Coumadin®, Marevan®)	5 dias
Heparina não fracionada	EV: 2 - 6 horas SC: 12 - 24 hs
Heparina de baixo peso molecular	
Enoxaparina	24 horas
Dalteparina (Fragmin®)	24 horas
Fondaparinux (Arixta®)	36 - 48 horas
Inibidores diretos do Fator Xa	
Rivaroxaban (Xarelto®)	≥ 1 dia 3 - 4 dias se função renal alterada
Apixaban (Eliquis®)	1 - 2 dias 3 - 4 dias se função renal alterada
Inibidores diretos da trombina	
Dagigatran (Pradaxa®)	2 - 3 dias

A warfarina pode ser reiniciada no mesmo dia do procedimento em todos os pacientes que não apresentem sangramento ativo contínuo.

A reintrodução dos anticoagulantes orais, após procedimentos endoscópicos de alto risco, pode ser adiada até que a hemostasia adequada seja assegurada, dado o seu rápido início de ação e a ausência de agentes de reversão. Se as doses terapêuticas de anticoagulantes orais não puderem ser reiniciadas dentro de 12 a 24 horas após um procedimento endoscópico de alto risco, a ponte com heparina de baixo peso molecular deve ser considerada.

A heparina não fracionada pode ser reiniciada 2 a 6 horas após o procedimento terapêutico. O período ideal para reintrodução da heparina de baixo peso molecular não está determinado.

Adaptado de ASGE Standards of Practice Committee GIE 2016; 83(3):678

RISCO DO PROCEDIMENTO	RISCO DE TROMBOEMBOLISMO	
	Alto	Baixo
Alto	Anticoagulantes orais devem ser suspensos*	Anticoagulantes orais devem ser suspensos*
	Terapia de ponte (heparina) deve ser considerada	Reiniciar após o procedimento
Baixo	Não há necessidade de suspender anticoagulação	

RISCO DO PROCEDIMENTO	
Procedimentos de alto risco	Procedimentos de baixo risco
Polipectomia Esfincterotomia biliar ou pancreática Tratamento de varizes Gastrostomia endoscópica percutânea Jejunostomia endoscópica percutânea Enteroscopia terapêutica Ecoendoscopia com punção Hemostasia endoscópica Ablação tumoral Cistoenterostomia Ressecção ampular Mucosectomia endoscópica Dissecção submucosa Dilatação endoscópica Diverticulotomia de Zencker	Exames endoscópicos diagnósticos ± biópsia CPRE com dilatação da papila (sem esfincterotomia) CPRE com colocação de prótese (sem esfincterotomia) Colocação de prótese enteral (controverso) Enteroscopia diagnóstica Ecoendoscopia sem punção Coagulação com plasma de argônio Ablação de esôfago de Barrett

RISCO DE EVENTO TROMBOEMBÓLICO		
Risco anual	Válvula cardíaca Mecânica	TVP
Alto	Prótese mitral Prótese aórtica (tipo bola na cesta ou disco basculante) AVC ou AIT recente (<6 meses)	TVP recente < 3meses Trombofilia grave (deficiência de proteína C, proteína S ou anti-trombina, síndrome antifosfolípedes)
Médio	Prótese metálica de duplo folheto + uma das seguintes condições: FA, AVC ou AIT prévio, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Insuficiência cardíaca congestiva, idade > 75 anos	TVP há 3 – 12meses Trombofilias não graves (deficiência do fator V de Linden) TVP recorrente Câncer (tratado há < 6 meses) Câncer tratamento paliativo
Baixo	Prótese metálica de duplo folheto sem nenhuma outra condição	TVP > 12 meses sem outros fatores de risco

TVP: Trombose venosa profunda