

ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NO AVC ISQUÊMICO

Recomendações:

A. PREVENÇÃO PRIMÁRIA

1. Apesar da Aspirina não reduzir o risco de AVC em indivíduos saudáveis, este fármaco reduz o risco de EAM e pode ser recomendado em doentes com um ou mais factores de risco vasculares (Nível I).
2. Os restantes antiagregantes plaquetários não foram estudados em indivíduos assintomáticos, pelo que não podem ser recomendados em prevenção primária (Nível IV).
3. Doentes com estenose carotídea assintomática (>50%) devem receber Aspirina no sentido de reduzir o risco de EAM (Nível IV).
4. Como alternativa aos anticoagulantes na Fibrilhação Auricular não reumatisal (FA), a Aspirina deve ser usada, sempre que: o doente não tem condições para fazer terapêutica anticoagulante (Nível I); doente com risco moderado (i.e. <75 anos, sem factores que aumentem o risco embolígeno - embolismo prévio, HTA, disfunção ventricular esquerda, ou diabetes mellitus) (Nível I); doente com 60-75 anos, em alternativa à anticoagulação, desde que não existam factores que aumentem o risco embolígeno e não exista evidência de doença coronária (Nível I); doente com menos de 60 anos, sem factores que aumentem o risco embolígeno (Nível I).

B. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

1. A terapêutica antiagregante plaquetária deve ser administrada na prevenção da recorrência do AVC e de outros eventos vasculares (Nível I), devendo a terapêutica ser instituída sempre que não exista indicação para anticoagulação. O benefício é independente do antiagregante utilizado, desde que a sua eficácia esteja devidamente comprovada (Aspirina, Clopidogrel, Dipyridamol, Ticlopidina, Triflusal).
2. A Aspirina (75-325mg) deve ser administrada para reduzir o risco de recorrência de AVC (Nível I).
3. A utilização de outro antiagregante plaquetário pode ser considerada, não existindo de momento uma recomendação definitiva. A combinação de Aspirina (50mg) com Dipyridamol (200mg duas vezes ao dia em formulação de libertação retardada), o Clopidogrel (75mg), ou o Triflusal (300mg duas vezes ao dia), podem ser utilizados como agentes de primeira escolha (Nível I). O Clopidogrel é discretamente mais eficaz que a Aspirina (Nível I), devendo ser preferido em relação à Ticlopidina sempre que em início de tratamento, visto ter menos efeitos secundários (Nível III). Pode ainda ser considerado se a Aspirina ou a sua associação com Dipyridamol, não forem toleradas (Nível IV), ou em doentes de alto

risco (Nível III). A utilização de Triflusal, não conferindo eficácia superior à Aspirina, pode ser considerada quando existir elevado risco hemorrágico (Nível I). Doentes que não podem tomar Aspirina ou tienopiridinas podem ser tratados com Dipyridamol (200mg duas vezes ao dia em formulação de libertação retardada) isoladamente (Nível II).

4. Doentes com AVC isquémico (ou AIT) e angina instável, ou enfarte não-Q, devem ser tratados com uma combinação de Clopidogrel (75mg) e Aspirina (75mg) (Nível III).

Notas:

1. A antiagregação deve ser iniciada logo que o médico faz o diagnóstico de AVC. Se houver suspeita clínica de hemorragia intracraniana, deve realizar-se previamente TAC. De outro modo, a não realização de TAC não contraindica a prescrição imediata de antiagregantes.
2. A antiagregação plaquetária deve ser continuada ao longo dos anos.
3. A antiagregação plaquetária deve ser prescrita em doentes que foram submetidos a endarterectomia carotídea.
4. A antiagregação plaquetária deve ser prescrita, em associação a anticoagulação, em doentes com cardiopatias embolígenas de alto-médio risco, caso o doente sofra recorrência de embolismo apesar de correctamente anticoagulado.
5. Embora sem uma recomendação definitiva, a utilização da terapêutica antiagregante plaquetar pode ser recomendada em doentes com as seguintes condições: enfarte cerebral silencioso, demência vascular (mesmo sem episódio de AIT/AVC), mais do que um AIT/AVC em que um dos episódios foi hemorrágico.