

Anticoagulantes para acidente vascular cerebral isquêmico agudo

XIA WANG, MENGLU OUYANG, JIE YANG, LILI SONG, MIN YANG, CRAIG S ANDERSON

Authors' declarations of interest

Version published: 22 October 2021 Version history

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000024.pub5>

INTRODUÇÃO

Acidente vascular cerebral (AVC) é a terceira principal causa de morte precoce em todo o mundo. A maioria dos AVCs isquêmicos é causada por um coágulo de sangue que obstrui uma artéria cerebral. Os desfechos dos pacientes podem ser melhorados se lhes forem oferecidos anticoagulantes que reduzem seu risco de desenvolver novos coágulos de sangue e não aumentam o risco de sangramento. Esta é uma atualização de uma revisão Cochrane publicada pela primeira vez em 1995, com atualizações em 2004, 2008 e 2015.

OBJETIVOS

Avaliar a eficácia e segurança da anticoagulação precoce (dentro dos primeiros 14 dias do início) para pessoas com AVC isquêmico agudo presumido ou confirmado.

Nossas hipóteses eram que, em comparação com uma política de evitar seu uso, a anticoagulação precoce estaria associada com:

- redução do risco de morte ou dependência em atividades da vida diária alguns meses após o início do AVC;
- risco reduzido de AVC isquêmico recorrente precoce;
- aumento do risco de hemorragia intracraniana e extracraniana sintomática; e
- redução do risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

MÉTODOS DE BUSCA

Pesquisamos o Registro de ensaios do Stroke Group Cochrane (agosto de 2021); o Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas (CDSR); o Registro Cochrane Central de ensaios controlados (CENTRAL; 2021, Edição 7), na Biblioteca Cochrane (pesquisado em 5 de agosto de 2021); MEDLINE (2014 a 5 de agosto de 2021); e no Embase (2014 a 5 de agosto de 2021). Além disso, fizemos buscas em plataformas de registro de ensaios clínicos e nas listas de referências de artigos relevantes. Para as versões anteriores desta revisão, também fizemos buscas no registro da Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, consultamos MedStrategy (1995) e contatamos empresas farmacêuticas relevantes.

CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Incluimos ensaios clínicos randomizados (ECRs) que compararam terapia anticoagulante precoce (iniciada dentro de duas semanas após o início do AVC) versus controle em pessoas com AVC isquêmico agudo presumido ou confirmado.

Coleta dos dados e análises

Dois autores de forma independente revisaram os artigos para inclusão, avaliaram a qualidade metodológica dos estudos e extraíram os dados. Avaliamos a certeza geral das evidências para cada desfecho usando os métodos RoB1 e GRADE.

Como citar: Wang X, Ouyang M, Yang J, Song L, Yang M, Anderson CS. Anticoagulantes para acidente vascular cerebral isquêmico agudo. JBMEDE. 2023;3(3):e23023.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Incluimos 28 estudos envolvendo 24.025 participantes. A qualidade dos estudos variou consideravelmente. Consideramos alguns estudos como sendo pouco claros ou com alto risco de seleção, desempenho, detecção, atrito ou viés de relato. Os anticoagulantes testados eram heparina padrão não fracionada, heparinas de baixo peso molecular, heparinoides, anticoagulantes orais e inibidores de trombina. Mais de 90% das evidências estão relacionadas aos efeitos da terapia anticoagulante iniciada dentro das primeiras 48 horas de início. Nenhuma evidência sugere que a anticoagulação precoce reduziu as chances de morte ou dependência no final do acompanhamento (odds ratio (OR) 0,98, intervalo de confiança 95% (CI) 0,92 para 1,03; 12 RCTs, 22.428 participantes; alta certeza da evidência). Da mesma forma, não encontramos nenhuma evidência sugerindo que a terapia anticoagulante começou dentro dos primeiros 14 dias do início do AVC, reduzindo as chances de morte por todas as causas (OR 0,99, 95% CI 0,90 a 1,09; 22 RCTs, 22.602 participantes; baixa certeza da evidência) durante o período de tratamento. Embora a terapia anticoagulante precoce estivesse associada a menos AVCs isquêmicos recorrentes (OR 0,75, IC 95%

0,65 a 0,88; 12 RCTs, 21.665 participantes; moderada certeza da evidência), também estava associada a um aumento da hemorragia intracraniana sintomática (OR 2,47; IC 95% 1,90 a 3,21; 20 RCTs, 23.221 participantes; moderada certeza da evidência). Da mesma forma, a anticoagulação precoce reduziu a frequência de embolias pulmonares sintomáticas (OR 0,60, IC 95% 0,44 a 0,81; 14 RCTs, 22.544 participantes; alta certeza da evidência), mas este benefício foi compensado por um aumento na hemorragia extracraniana (OR 2,99, IC 95% 2,24 a 3,99; 18 RCTs, 22.255 participantes; moderada certeza da evidência).

CONCLUSÃO DOS AUTORES

Desde a última versão desta revisão, quatro novos estudos relevantes foram publicados e as conclusões permanecem consistentes. As pessoas que têm terapia anticoagulante precoce após um AVC isquêmico agudo não demonstram nenhum benefício líquido a curto ou longo prazo. O tratamento com anticoagulantes reduziu o AVC recorrente, trombose venosa profunda e embolia pulmonar, mas aumentou o risco de sangramento. Os dados não suportam o uso rotineiro de qualquer um dos anticoagulantes atualmente disponíveis para o AVC isquêmico agudo.