

Escolha de Dupla Antiagregação na Doença Arterial Coronariana: Apenas uma Questão de Equilíbrio entre a Carga Isquêmica e o Risco de Sangramento?

The Choice of Antiplatelet Dual Combination in Coronary Artery Disease: Is this Just a Question of Balance between Ischemic Burden and Bleeding Risk?

Maria Cristina Almeida,¹  Marildes Luiza de Castro,² Larissa Neto Espíndola³ 

Centro Universitário de Belo Horizonte,¹ Belo Horizonte, MG – Brasil

Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina,² Belo Horizonte, MG – Brasil

Hospital Santa Izabel,³ Salvador, BA – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Terapia Antiplaquetária Dupla Combinada em Pacientes com Doença Arterial Coronariana em uma População na Turquia: DAPT-TR

A síndrome coronariana aguda ou crônica é uma das ameaças mais importantes à saúde pública. Devido às alterações estruturais e/ou funcionais das artérias coronárias e/ou da microcirculação, a doença pode culminar em desequilíbrio entre a demanda miocárdica e o suprimento de sangue, resultando em isquemia.

A prevenção primária de eventos isquêmicos coronários agudos baseada em diminuir o risco de oclusão da artéria coronária é uma medida muito importante. A prevenção secundária após a revascularização miocárdica por intervenção coronária percutânea (ICP) com *stent* é importante para reduzir o risco de trombose no *stent*, eventos isquêmicos e infarto do miocárdio (IM), particularmente logo após o implante de *stent*. Muitos protocolos foram estudados, mas a a dupla antiagregação plaquetária (DAPT) com aspirina e um inibidor P2Y12 potente é o padrão atual de tratamento após a ICP.¹

A intensidade e a duração ideal da DAPT após ICP continuam controversas, especialmente pela associação com um aumento no risco de sangramento. Por outro lado, a DAPT está associada a uma menor ocorrência de IM após a ICP em comparação à monoterapia com aspirina ou com inibidor P2Y12.² Assim, a decisão sobre qual estratégia escolher na DAPT baseia-se na avaliação da carga isquêmica e do risco de sangramento (Figura 1).

O risco de sangramento é proporcional à intensidade e à duração da DAPT, mas o perfil individual de risco e benefício ajuda no rastreamento de indivíduos em alto risco de sangramento, de acordo com o escore de risco como ARC-HBR e PRECISE-DAPT. A avaliação da carga isquêmica de acordo com escores de risco de isquemia como SYNTAX 2, GRACE, TIMI e DAPT, na presença de situações como idade avançada, diabetes mellitus e dislipidemia deve ser considerada.³

Os escores dão direcionamento aos médicos em ajustar a duração e a intensidade da DAPT aos perfis individuais dos pacientes, melhorando os desfechos clínicos. O risco isquêmico é mais alto nos primeiros meses após a ICP e diminui posteriormente, ao passo que o risco de sangramento tende a se manter consistentemente elevado ao longo do tempo.⁴

O escore PRECISE-DAPT é comumente utilizado; um escore mais alto indica um risco de sangramento elevado, sugerindo que a DAPT por períodos mais curtos ou o uso de agentes menos potentes pode ser mais seguro. O ARC-HBR é outra ferramenta amplamente aceita para identificar pacientes em alto risco de sangramento. Esses critérios são validados pela capacidade de prever um risco anual de sangramento maior de 4% ou mais, segundo classificação BARC 3 ou 5.⁵

O risco de isquemia pode ser avaliado usando os escores DAPT e SYNTAX II, que ajuda a determinar se um paciente se beneficiaria de terapia prolongada ou mais intensiva.⁶ Quando um alto risco isquêmico é identificado, os benefícios da DAPT estendida devem ser pesados contra os riscos de sangramento indicados pelo ARC-HBR.⁶ O escore GRACE pode fornecer um *insight* para o risco isquêmico pós-síndrome coronariana aguda, ajudando a direcionar a necessidade de estratégias antiplaquetárias mais agressivas (Figura 2).

A interação entre o risco de isquemia e o risco de sangramento é complexo, e a tomada de decisão clínica deve ser individualizada.⁴

A modulação da terapia antitrombótica é crucial para se atingir o ponto entre segurança e eficácia do tratamento. As diretrizes não são claras sobre a melhor estratégia para pacientes com alto risco de sangramento, e o uso de escores pode ser útil.

Em pacientes com alto risco isquêmico e baixo risco de sangramento, estender a DAPT além de 12 meses pode ser benéfico. Para pacientes com um alto risco de sangramento e um baixo risco isquêmico, uma mudança na terapia diminuindo-se a duração da DAPT ou alterando-se para agentes menos potentes pode ser apropriado.^{1,6,7}

Os escores de risco são ferramentas valiosas, porém, o julgamento clínico, preferências do paciente, e características individuais devem ajudar na decisão final sobre a duração e a intensidade da DAPT.⁷

Palavras-chave

Dupla Antiagregação Plaquetária; Stent; Isquemia Miocárdica

Correspondência: Maria Cristina Almeida •

Rua Santa Catarina, 1327, apto 601. CEP 30170-081, Belo Horizonte, MG – Brasil

E-mail: criscal45@gmail.com

Artigo recebido em 21/10/2024, revisado em 23/10/2024, aceito em 23/10/2024

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240695>

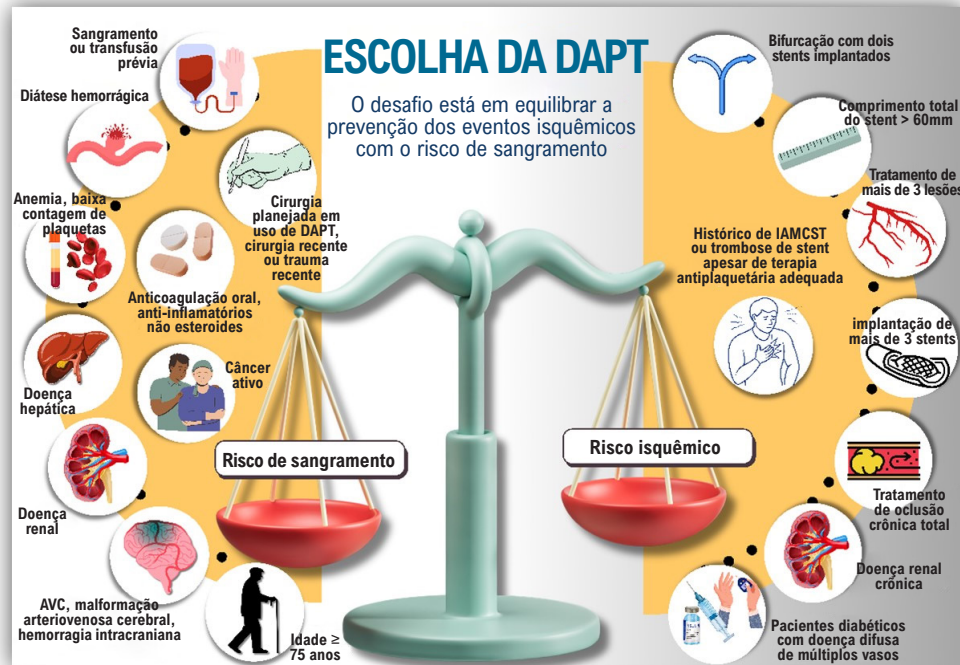


Figura 1 – Escolha da dupla antiagregação plaquetária (DAPT): o desafio está em equilibrar a prevenção dos eventos isquêmicos com o risco de sangramento. IAMCST: Infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST; AVC: acidente vascular cerebral.

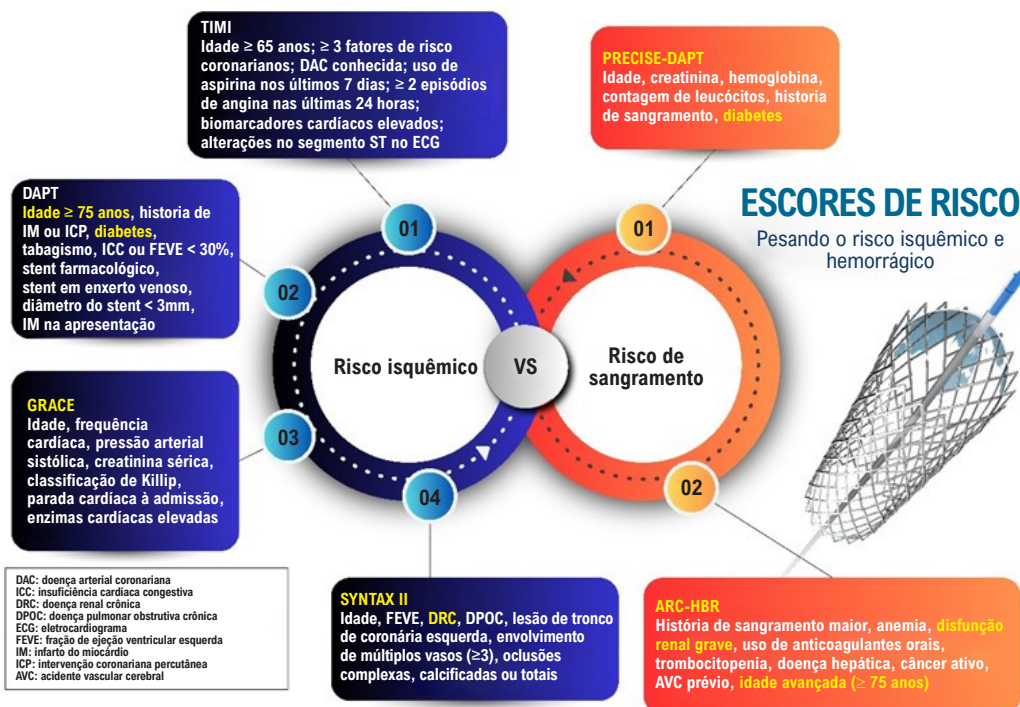


Figura 2 – Escores de risco: risco de isquemia e de sangramento.

Referências

1. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC Guidelines for the Management of Chronic Coronary Syndromes Developed by the Task Force for the Management of Chronic Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Eur Heart J. 2024;45(36):1–123. doi: 10.1093/eurheartj/ehae177 .
2. Khan SU, Singh M, Valavoor S, Khan MU, Lone AN, Khan MZ, et al. Dual Antiplatelet Therapy after Percutaneous Coronary Intervention and Drug-Eluting Stents: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Circulation. 2020;142(15):1425–36. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046308.
3. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC Focused Update on Dual Antiplatelet Therapy in Coronary Artery Disease Developed in Collaboration with EACTS: The Task Force for Dual Antiplatelet Therapy in Coronary Artery Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2018;39(3):213–260. doi: 10.1093/eurheartj/ehx419.
4. Galli M, Gragnano F, Berteotti M, Marcucci R, Gargiulo G, Calabrò P, et al. Antithrombotic Therapy in High Bleeding Risk, Part I: Percutaneous Cardiac Interventions. JACC Cardiovasc Interv. 2024;17(19):2197–215. doi: 10.1016/j.jcin.2024.08.022.
5. Urban P, Mehran R, Collieran R, Angiolillo DJ, Byrne RA, Capodanno D, et al. Defining High Bleeding Risk in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Consensus Document from the Academic Research Consortium for High Bleeding Risk. Eur Heart J. 2019;40(31):2632–53. doi: 10.1093/eurheartj/ehz372.
6. Costa F, van Klaveren D, Feres F, James S, Räber L, Pilgrim T, et al. Dual Antiplatelet Therapy Duration Based on Ischemic and Bleeding Risks after Coronary Stenting. J Am Coll Cardiol. 2019;73(7):741–54. doi: 10.1016/j.jacc.2018.11.048.
7. Öz A, Toprak K, Aydin E, Saraç I, Doğduş M, Opan S, et al. Fixed-Dose Antiplatelet Dual Combination in Patients with Coronary Artery Disease in Turkish Population: DAPT-TR. Arq Bras Cardiol. 2024; 121(11):e20240202. doi: https://doi.org/10.36660/abc.20240202.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons