

Mecanismos Envolvidos no Aumento do Risco de Sangramento em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral ou Ataque Isquêmico Transitório Prévios em Uso de Antiagregante Plaquetário

CARLOS JOSÉ DORNAS GONÇALVES BARBOSA

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Nicolau
Programa de Cardiologia

RESUMO

Costa CF. *Aquisição eletrocardiográfica em equinos: definindo uma nova e mais adequada metodologia para a espécie [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.*

Introdução: O antecedente de AVCI e/ou AIT está presente em 5% dos pacientes com coronariopatia aguda e em até 17% dos pacientes com coronariopatia crônica. Esta população apresenta elevado risco para eventos cardiovasculares, assim como para desfechos hemorrágicos maiores (principalmente quando em uso de tratamento antitrombótico). A agregabilidade plaquetária apresenta papel fundamental no balanço isquêmico/hemorrágico; entretanto, esse mecanismo é pouco estudado em pacientes com evento cérebro vascular isquêmico prévio. O principal objetivo desse estudo é avaliar se pacientes com DAC e AVCI/ AIT prévio exibem alterações na agregabilidade plaquetária que justifiquem o risco aumentado para sangramento nesses indivíduos. **Casuística e Métodos:** Entre janeiro de 2013 e abril de 2015, 140 pacientes foram selecionados nos bancos de dados da unidade coronária e do serviço de cirurgia cardíaca do InCor-HCFMUSP. Critérios de inclusão: coronariopatia aguda prévia (há mais de 12 meses), antecedente de AVCI/AIT (anterior ao episódio de coronariopatia aguda), uso crônico de AAS e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão: AVCH prévio, uso de antiagregação plaquetária dupla ou anti-inflamatórios não esteroidais, trombofilia ou coagulopatia conhecida, trombocitopenia ou trombocitose, angioplastia ou cirurgia cardíaca nos últimos 6 meses, disfunção renal grave ou qualquer doença terminal. Desenho do estudo: Estudo de caso e controle

(1:1), com os grupos caso (AVCI/AIT prévio) e controle (sem AVCI/AIT prévio) pareados por sexo, idade, tipo de coronariopatia aguda e tempo entre a coronariopatia aguda e a inclusão no estudo. A agregabilidade plaquetária foi mensurada pelo VerifyNow Aspirin®, VerifyNow P2Y12®, Agregometria óptica com agonista ADP, Agregometria óptica com agonista adrenalina e tromboelastografia (Reorox®). **Resultados:** Os grupos controle (n=70) e caso (n=70), estavam bem pareados em relação à maioria das variáveis analisadas. A idade média da população global foi de 66 anos, 73% apresentavam IAM prévio, e o tempo médio entre o episódio de coronariopatia aguda e a inclusão no presente estudo foi de 5,31 anos. No momento da avaliação os pacientes do grupo caso apresentavam valores mais elevados de pressão arterial sistólica ($135,84 \pm 16,09$ vs $123,68 \pm 16,11$ mmHg, $p < 0,001$), embora esse grupo utilizasse maior número de anti-hipertensivos ($2,37 \pm 1,09$ vs $3,0 \pm 1,23$, $p = 0,006$). Em relação a variáveis metabólicas, o perfil lipídico não apresentou diferença significativa entre os grupos, entretanto o grupo caso apresentou maiores valores de creatinina ($1,24 \pm 0,35$ vs $1,11 \pm 0,27$ mg/dL, $p = 0,037$) e também de glicemia de jejum ($116,16 \pm 32,03$ vs $134,88 \pm 57,58$ mg/dL, $p = 0,031$). No que se refere à meta principal do estudo, a agregabilidade plaquetária foi similar nos dois grupos por todos os métodos utilizados: VerifyNow Aspirin® ($525,00 \pm 79,78$ vs $530,35 \pm 83,81$ ARU nos grupos caso e controle, respectivamente, $p = 0,7$), VerifyNow P2Y12® ($262,14 \pm 43,03$ vs $251,74 \pm 43,72$ PRU, $p = 0,21$), Agregometria óptica com agonista ADP ($78,34 \pm 9,02$ vs $77,55 \pm 9,70\%$, $p = 0,82$), Agregometria óptica com agonista adrenalina ($49,01 \pm 23,93\%$ vs $49,34 \pm 21,7$, $p = 0,77$), e tromboelastografia (Firmeza máxima do coágulo: $2,136,00 \pm 569,97$ vs $2.001,27 \pm 635,68$ Pa, $p = 0,19$). **Conclusão:** Em pacientes com doença arterial coronária crônica a agregabilidade plaquetária foi similar nos indivíduos com ou sem AVCI/AIT. Esses resultados apontam para que outros mecanismos sejam responsáveis pelo elevado risco hemorrágico dessa população.

Descritores: testes de função plaquetária; hemorragia; doença da artéria coronariana; síndrome coronariana aguda; acidente vascular cerebral; ataque isquêmico transitório