

## **Bloqueadores do complexo glicoproteico IIB/IIIA devem ser utilizados de rotina na angioplastia primária**

Dr Constantino mostrou a evolução no tratamento do IAM, mostrando uma redução na mortalidade de 40% para 0,8% da era pré-UTI em relação a era pós-stent.

Mostrou algumas vantagens da ACTP em relação aos fibrinolíticos: maior incidência de fluxo TIMI 3, menor estenose residual, menor incidência de reoclusão, menor dilatação do VE com melhor cicatrização. Porém, um dos problemas persistentes da ACTP era a reestenose.

Mostrou dados mostrando que pacientes com TIMI 2 apresentavam função ventricular mais deteriorada e maior taxa de mortalidade quando comparado ao TIMI 3 e que a mortalidade no TIMI 2 era semelhante aos pacientes com TIMI 0 e 1.

Mostrou que os stents diminuíam as complicações imediatas de reinfarto e isquemia recorrente, porém no estudo PAMI STENT mostrou TIMI 3 menor no grupo stent quando comparado a ACTP.

Citou as principais ações dos antagonistas da GPIIb/IIIa que agem diminuindo a agregabilidade plaquetária com ação em todos os sistemas.

Três estudos foram citados ( EPIC, CAPTURE e EPILOG ) onde compararam Abiciximab versus placebo, que mostrou uma redução na mortalidade de 35, 29 e 55% respectivamente. No EPILOG foi verificado um benefício adicional do Abiciximab nos pacientes diabéticos.

No estudo EPISTENT houve uma diminuição na incidência de morte no grupo Abiciximab+stent, comparado aos grupos ACTP+Abiciximab e Stent+placebo. No estudo EPILOGSTENT foi visto uma diminuição dos eventos no grupo Abiciximab+heparina doses standard quando comparado ao grupo que utilizou doses baixas de heparina.

Dr. Constantino ressaltou no final da sua apresentação que o uso dos agentes bloqueadores da GPIIb/IIIa é o mais importante avanço terapêutico farmacológico adjunto das intervenções desde o descobrimento da principal ação da aspirina.

Dr Eduardo Souza começou mostrando dados do estudo PAMI STENT nos eventos em 30 dias. Somente no item reintervenção o stent mostrou vantagens sobre a ACTP e que os stents apesar de manterem a artéria aberta por mais tempo, apresentavam uma maior taxa de mortalidade (3,5% x 1,8%). Este fato talvez possa ser explicado pela menor incidência de TIMI 3 no grupo stent. Na análise de 180 dias, quando analisada a função ventricular os 2 grupos apresentavam índices semelhantes, mostrando que o TIMI 3, neste caso, não se apresentou como uma variável isolada importante na fração de ejeção.

Comentou da importância do myocardial blush na avaliação da perfusão miocárdica, mostrando que dos 94% dos pacientes que alcançam TIMI 3, somente 28% alcançam TIMI 3 na avaliação do myocardial blush, este fato deve-se certamente a trombos e embolia distal.

Comparou 3 grupos de pacientes com fluxo TIMI 3 e diferentes graus de fluxo myocardial blush. Pacientes com fluxo TIMI 3 na artéria coronária e na microcirculação (myocardial blush) tinham mortalidade de 4,5%, já os pacientes com fluxo TIMI 3 na art. Coronária e 1 na microcirculação apresentavam mortalidade de 12,2%.

Comentou sobre o estudo RAPPORT. Em 30 dias o grupo Abiciximab mostrou vantagens no óbito, reinfarto e nova reintervenção. Porém em 6 meses não apresentou a mesma vantagem.

O grupo de estudo NEUNMAN foi observado que o grupo controle apresentava taxas de complicações muito altas e que as análises devem ser avaliadas criteriosamente.

No levantamento nacional das ACTP 1<sup>a</sup> com stent no Brasil, mostrando que dos 2485 procedimentos, 11% foram realizados com abiciximab, sem diferenças nos resultados, porém o único dado com uma diminuição significativa foi o reinfarto.

Foi comentado que há 18 trabalhos citando efeitos adversos do abiciximab. Em uma metaanálise de estudos que usaram antagonistas GPIIb/IIIa mostraram que a incidência de AVE hemorrágico não diferiu no grupo placebo e no grupo da droga ativa.

No estudo TIMI 14 A foi estudado várias formas de reperfusão, mostrando um baixo índice de reperfusão com SK(30%), tirofiban (32%). A associação Reopro +SK mostrou 80% de reperfusão, porém com alto índice de AVE hemorrágico.

No estudo ASSENT-2 mostrou ser que o fibrinolítico de escolha na terapia com antagonista GPIIb/IIIa deve ser o TNK.

No final da sessão foi comentado a relação custo/benefício do uso rotineiro dos antagonistas GPIIb/IIIa e discutido onde deva ser realizado o início da infusão ( sala de emergência x sala hemodinâmica).