



## O uso de aspirina para prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio

The use of aspirin for secondary prevention of acute myocardial infarction

El uso de aspirina en la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio

Gustavo dos Santos Jardim Lucena<sup>1</sup>, Vinicius Melo Silva<sup>1</sup>, Yuri de Lima Jadjiski<sup>1</sup>, Adryan Gustavo Barbosa Teixeira, Marcos da Silva Rocha<sup>1</sup>, Juliana Balla Lucena<sup>1</sup>, Larissa Ávila Medeiros<sup>1</sup>, Bárbara Lopes Costa Nunes<sup>1</sup>, Otávio Augusto Rodrigues Nery da Rocha<sup>1</sup>, João Paulo Maia Rodrigues<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar o uso da aspirina na prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, com artigos publicados entre 2019 e 2024 nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola e com o conteúdo disponibilizado na íntegra. Como pergunta norteadora, utilizou-se: “O uso de aspirina para prevenção secundário de infarto agudo do miocárdio é recomendado?”. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados MedLine, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), e Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud (IBECS) durante os meses de abril e maio de 2024. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Aspirin”, “Infarction” e “Secondary Prevention” com o operador booleano “AND”. **Resultados:** As 12 publicações enquadradas nos critérios de inclusão e exclusão revelam que o uso de aspirina é recomendado para prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio, juntamente com os inibidores de P2Y12. **Considerações finais:** O uso de aspirina para prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio é essencial e quando associado a um inibidor de P2Y12 pode potencializar esse efeito protetor para os pacientes submetidos à ICP.

**Palavras-chave:** Aspirina, Prevenção secundária, Infarto agudo do miocárdio.

### ABSTRACT

**Objective:** To investigate the use of aspirin in the secondary prevention of acute myocardial infarction. **Methods:** This is an integrative review, with articles published between 2019 and 2024 in Portuguese, English and Spanish and with the content available in full. As a guiding question, the following was used: “Is the use of aspirin for secondary prevention of acute myocardial infarction recommended?” The bibliographic research was carried out in the MedLine, Latin American and Caribbean Literature in Health Science (LILACS), and Spanish Bibliographic Index in Health Sciences (IBECS) databases during the months of April and May 2024. the Health Sciences Descriptors (DeCS): “Aspirin”, “Infarction” and “Secondary Prevention” with the Boolean operator “AND”. **Results:** The 12 publications meeting the inclusion and exclusion criteria reveal that the use of aspirin is recommended for secondary prevention of acute myocardial infarction, together with P2Y12 inhibitors. **Final considerations:** The use of aspirin for secondary prevention of acute myocardial infarction is essential and when associated with a P2Y12 inhibitor, it can enhance this protective effect for patients undergoing ICP.

**Keywords:** Aspirin, Secondary prevention, Acute myocardial infarction.

### RESUMEN

**Objetivo:** Investigar el uso de aspirina en la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora, con artículos publicados entre 2019 y 2024 en portugués, inglés y español y con el contenido disponible en su totalidad. Como pregunta orientadora se utilizó la siguiente: “¿Se

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas do Pará (FACIMPA), Marabá - PA.

recomienda el uso de aspirina para la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio?" La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos MedLine, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) durante los meses de abril y mayo de 2024. Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): "Aspirina", "Infarto" y "Prevención Secundaria" con el operador booleano "Y". **Resultados:** Las 12 publicaciones que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión revelan que se recomienda el uso de aspirina para la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio, junto con los inhibidores de P2Y12. **Consideraciones finales:** El uso de aspirina para la prevención secundaria del infarto agudo de miocardio es esencial y cuando se asocia con un inhibidor de P2Y12, puede mejorar este efecto protector en pacientes sometidos a ICP.

**Palabras clave:** Aspirina, Prevención secundaria, Infarto agudo de miocardio.

## INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo, sendo que no Brasil, estima-se que ocorra cerca de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto, e que a cada 5 casos ocorra um óbito, sendo, portanto, uma das principais patologias de maior impacto clínico e financeiro (NICOLAU JC, et al., 2007). De forma geral, a maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causado pela oclusão de um dos ramos das artérias coronária direita e esquerda, ocasionando uma consequente redução do fluxo sanguíneo e aporte de oxigênio.

Uma das principais causas desse quadro é a ruptura física de uma placa aterosclerótica, expondo o conteúdo da placa para o lúmen arterial e ocasionando uma cascata de reações, como a agregação plaquetária e formação de um trombo oclusivo. O diagnóstico do IAM apresenta uma clínica bem estabelecida, baseado em três pontos principais: a elevação de marcadores enzimáticos de necrose do miocárdio, a evolução eletrocardiográfica e desconforto precordial. A dor ou o desconforto em região precordial são as principais manifestações clínicas, que pode haver irradiação mandibular e para membros superiores, principalmente para membro superior esquerdo. Sincope, sudorese, dor epigástrica ou náuseas podem estar associadas. O dor precordial associado ao IAM dura em torno de 20 minutos, sendo difuso, não localizado e não é afetado pela movimentação da região. Podem ocasionar, ainda, manifestações atípicas, principalmente em idosos, mulheres ou pacientes diabéticos, sendo a dispneia súbita, confusão aguda, palpitações cardíacas ou apresentações assintomáticas (THYGESEN K, et al., 2013).

A síndrome coronariana aguda (SCA) se apresenta de duas maneiras. A primeira com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST) e a segunda sem supra de ST (SCASSST). Esta diferenciação é essencial para o tratamento imediato, que incluem procedimentos de intervenção coronariana percutânea, antiagregantes plaquetários, analgésicos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores beta-adrenérgicos e nitratos. A ICP constitui-se a melhor opção para obtenção da reperfusão coronariana, essa é realizada através do cateter balão com ou sem implante do stent e sem o uso prévio do trombolítico. Após IAM, o paciente pode ter chances de novo episódio de reinfarto na mesma região acometida ou em uma nova devido a disfunção ventricular pós-IAM ou por arritmias que predisõem a formação de novos eventos trombóticos. Portanto, o cuidado pós IAM é de suma importância para evitar novos episódios, sendo administrado diversos fármacos como prevenção secundária, entre eles podemos citar o uso da aspirina (DAVIDSON KW, et al., 2022).

Medidas de prevenção secundária, após síndrome coronariana aguda, são indispensáveis para reduzir os eventos cardiovasculares, na mesma proporção que o tratamento na fase aguda. Dessa forma, medidas como: mudança no estilo de vida, cessação do tabagismo, alteração dos hábitos alimentares e a prática de atividade física são uma das bases para tentar evitar novos episódios de IAM. Além disso, medidas farmacológicas que alteram os principais fatores de risco para infarto como hipertensão, diabetes melito tipo 2, obesidade e dislipidemia devem ser prescritas. E, por fim, introduzir também medicamentos que alteram os desfechos cardiovasculares, sendo os principais o ácido acetilsalicílico e o clopidogrel (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015). Sabe-se que é recomendada o uso de AAS devido a diversos estudos que foram realizados na década de 1980, entre eles o grupo colaborativo ISIS-2, no qual dividiram 17.187 pacientes, que deram entrada no hospital após suspeita de infarto agudo do miocárdio, em quatro

grupos, o primeiro com perfusão intravenosa de estreptoquinase de 1,5 UM em torno de uma hora, o segundo com 160mg de aspirina de revestimento entérico por um período de 30 dias, o terceiro recebeu ambos os tratamentos ativos (estreptoquinase e aspirina) e o quarto não receberam doses ativas.

Após análises dos resultados, eles concluíram que a estreptoquinase isoladamente e a aspirina isoladamente produziram, cada uma, uma redução altamente significativa na mortalidade vascular em 5 semanas, sendo que combinação de estreptoquinase e aspirina foi significativamente melhor do que qualquer um dos agentes isoladamente. Além disso, descobriu-se que a aspirina reduziu significativamente o reinfarto não fatal e o acidente vascular cerebral não fatal, e não foi associada a nenhum aumento significativo de hemorragia cerebral ou de sangramentos que requeriam transfusão (COLLABORATIVE GROUP. LANCET. 1988).

A aspirina é um dos fármacos mais conhecidos e antigos da medicina, a qual foi estudada num dos primeiros ensaios clínicos randomizados da história da humanidade (FUSTER V, et al., 2011). Ela age inibindo irreversivelmente a ciclo-oxigenase-1 (COX-1), impedindo a formação de um potente agregador plaquetário, o tromboxano A<sub>2</sub>. Assim, os efeitos antitrombóticos do ácido acetilsalicílico (AAS) rapidamente a estabeleceram como uma substância fundamental para prevenção de doenças cardiovasculares, entre elas: doença arterial coronariana (DAC) estabelecida, e após intervenção coronária percutânea (ICP) e cirurgia de revascularização miocárdica (COLLET JP, et al., 2021). Em relação a dose, é recomendado que os pacientes recebem uma dose de manutenção de aspirina de 81 a 325 mg por dia de forma prolongada (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2014)

A associação da aspirina com risco aumentado de sangramento já esta bem definida, em especial no que diz respeito a sangramentos gastrointestinais. Além de que a idade está associada a maior risco de sangramento e toxicidade gastrointestinal com terapia antiplaquetária (YEH RW, et al., 2016). Embora os sangramentos, em geral, não sejam fatais, diversos estudos recentes associaram o uso de AAS como risco aumentado de mortalidade por todas as causas (GÉNÉREUX P, et al., 2015).

Com isso, diversos trabalhos começaram a estudar estratégias de associação com outros antiagregantes plaquetários, a exemplo inibidores de P2Y<sub>12</sub> clopidogrel, ou estratégias sem uso de aspirina. Como a aspirina já é bem aceita no tratamento como prevenção secundária de novos eventos cardiovasculares, a maioria dos estudos testaram a descontinuação do AAS meses após o tratamento. O clopidogrel pertence a classe das tienopiridinas, que são antiplaquetários de ação indireta, que inibe a ligação de adenosina difosfato (ADP) de forma irreversível ao receptor P2Y<sub>12</sub> durante a vida útil da plaqueta. Esse fármaco vem sendo estudados para prevenção secundária de IAM, e já é comprovada a utilização dos inibidores de P2Y<sub>12</sub> em associação de AAS como terapia pós IAM. Estudos recentes comprovou que a dupla antiagregação plaquetária produziram resultados que foram capazes de reduzir os defechos cardiovasculares em pacientes submetidos à ICP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

O objetivo desta revisão foi avaliar o papel atual da aspirina frente às evidências disponíveis para prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio, bem como avaliar associação com outros fármacos, doses e outros fatores que podem interferir no tratamento.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica elaborado conforme as fases da revisão integrativa propostas por Whitemore R e Knafk K (2005) e atualizadas por Souza MT, et al. (2010). Apresentando como foco a temática abordada e considerando as respectivas fases, foram realizadas a elaboração da pergunta norteadora, a busca na literatura, a coleta de dados, a análise crítica dos estudos incluídos, a discussão dos resultados obtidos e, por fim, a apresentação dos dados coletados. A pergunta norteadora do estudo foi: O uso de aspirina para prevenção secundária pós-infarto agudo do miocárdio é recomendada?

A pesquisa foi realizada utilizando os descritores “Aspirin”, “Infarction”, “Secondary Prevention” e associados ao operador booleano “AND” em três bases de dados: MedLine, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), IBECS. Encontrou-se um total de 1.766 publicações. A partir disso,

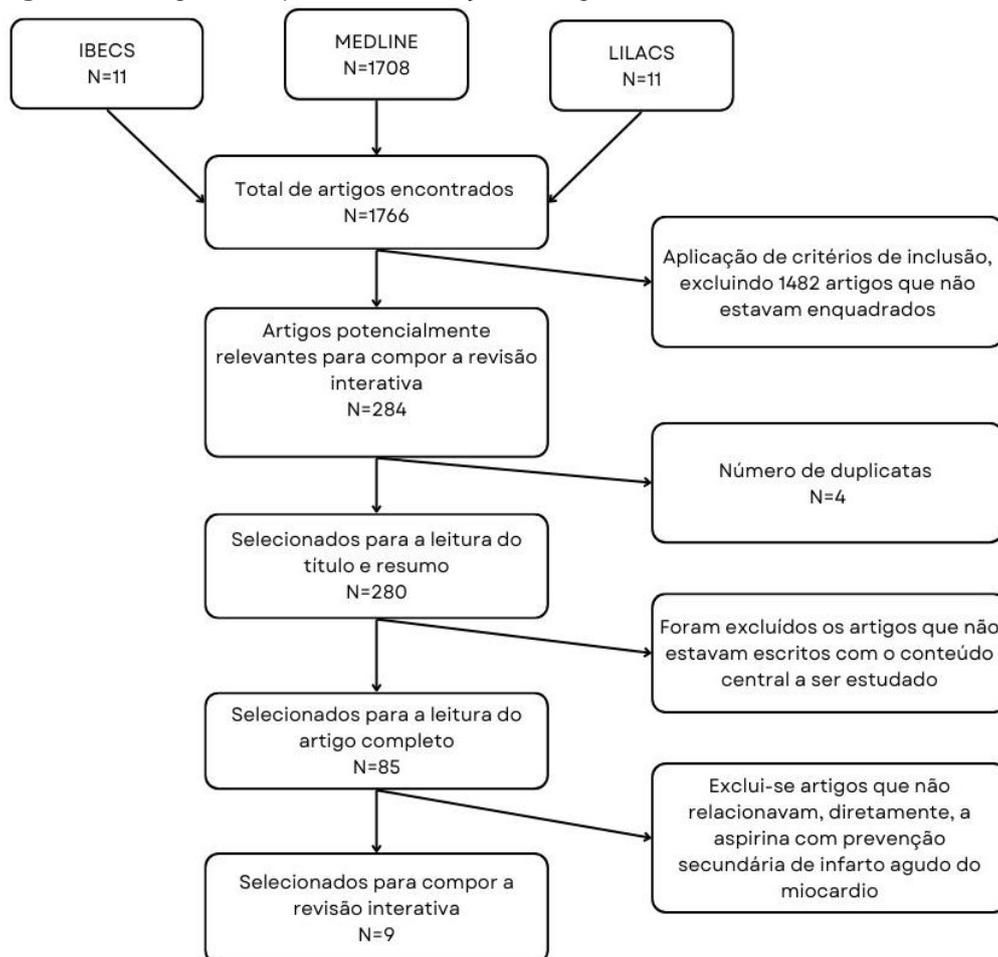
critérios de inclusão foram aplicados aos filtros de busca das referidas bases de dados, sendo selecionados os artigos escritos nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados no período de 2019 a 2024 e com o conteúdo disponibilizado na íntegra.

Os artigos que não se enquadraram nos critérios salientados foram excluídos. Com a filtragem das buscas, 284 artigos foram dispostos para as próximas fases de análise, as quais correspondem às respectivas etapas: exclusão de duplicatas, leitura do título e resumo e leitura do artigo completo. Por fim, foram selecionados 9 artigos para compor esta revisão integrativa, após serem excluídas 59 publicações que não relacionavam, diretamente, a aspirina com a prevenção secundária pós infarto agudo do miocárdio.

## RESULTADOS

Após a busca nas bases de dados ser efetivada, 1.766 publicações foram localizadas. Estas foram analisadas de maneira sistemática. Do total, 1.482 artigos foram excluídos por não estarem enquadrados nos critérios de inclusão definidos previamente e, após isso, 4 publicações foram eliminadas devido a duplicidade, restando 280 obras para leitura do título e resumo. Dentre tais artigos, excluiu-se 195, a priori, por não estarem escritos com o conteúdo central a ser estudado e, a posteriori, mais 73 também foram excluídos por não relacionarem, diretamente, a aspirina com a prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio, obtendo-se uma amostra final de 9 artigos, conforme esquematizado no fluxograma da **Figura 1**.

**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção de artigos.



Fonte: Lucena GSJ, et al., 2024.

De forma sintetizada, o **Quadro 1** expõe as publicações selecionadas na amostra final para compor esta revisão integrativa. Ele inclui os autores e o ano de cada publicação, além do tipo de estudo, objetivos e conclusões.

**Quadro 1 - Artigos selecionados para esta revisão integrativa.**

Nº	Autores (ano)	Principais achados
1	Marquis-Gravel G, et al. (2024)	Ensaio clínico randomizado. Investigou-se as doses diárias de aspirina de 81 mg versus 325 mg em pacientes com DCVA estabelecida. Um total de 15.076 participantes foram randomizados para receber aspirina 81 mg (n=7.540) ou 325 mg (n=7.536) diariamente (acompanhamento médio de 26,2 meses; intervalo interquartil 19,0-34,9 meses). A mediana de idade foi de 67,6 anos (intervalo interquartil 60,7-73,6 anos). Conclui-se que ambas as doses usadas uma vez ao dia podem ser usadas para prevenção secundária de doença cardiovascular aterosclerótica.
2	De Luca, I. Et al. (2019)	Estudo observacional. Nesse estudo investigou-se a necessidade de continuar com terapia antiplaquetária dupla (TAPD) por mais de 12 meses em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Para isso, analisaram 1633 pacientes pós-IAM por no período de março a dezembro de 2017. Conclui-se que pacientes submetidos a uma ICP com múltiplos stents e uma história de DAP resultaram como as variáveis clínicas mais frequentemente associadas à continuação da TAPD além de 1 ano.
3	Lee K, et al. (2024)	Ensaio clínico randomizado. Investigou-se pacientes que necessitaram de monoterapia antiplaquetária após intervenção coronariana percutânea, acompanhando 4717 pacientes por período de 5,8 anos. Conclui-se que o impacto benéfico do clopidogrel em relação à monoterapia com aspirina foi consistente.
4	Maqsood m. H, et al. (2023)	Revisão sistemática. Investigou-se o papel da aspirina considerando as evidências disponíveis para prevenção primária, prevenção secundária para doença arterial coronariana estável ou síndromes coronarianas agudas e após intervenção coronária percutânea ou revascularização de revascularização do miocárdio. Conclui-se que a aspirina demonstrou ser superior ao placebo na terapia de manutenção de longo prazo, mas tem menor eficácia em comparação aos inibidores P2Y12 para prevenção secundária após colocação de stent para IAMCSST, IAMSSST ou DAC estável.
5	Myles, p. S. Et al (2019)	Ensaio clínico randomizado. Investigou-se se o uso de aspirina antes de cirurgia arterial coronariana poderia reduzir o número de complicações em 1 ano. Para tanto, 1.059 pacientes foram randomizados com aspirina cirurgia e 1.068 participantes foram randomizados com placebo. Concluíram que Em pacientes submetidos à cirurgia arterial coronariana, a aspirina pré-operatória não reduziu a morte ou incapacidade grave, ou eventos trombóticos até 1 ano após a cirurgia.
6	Mozaffarian S, et al. (2022)	Estudo de coorte retrospectivo. Ao analisar 21.181 casos de IM registrados pelo Registro de IM do Irã de 2013 a 2014, constatou-se que a prescrição da melhor combinação de medicamentos, entre eles a aspirina, além da adesão a um estilo de vida saudável e à medicação, pode melhorar as taxas de sobrevivência após o IM
7	Stolarek W, et al. (2002)	Estudo observacional. Este estudo é uma análise prospectiva com 30 pacientes avaliados durante acompanhamento em média de 6,3 anos após hospitalização por infarto do miocárdio. Conclui-se que a longo prazo criou-se uma certa resistência ao uso de medicamento, no entanto, em relação aos desfechos cardiovasculares não obteve diferenças.

Fonte: Lucena GSJ, et al., 2024.

**Quadro 1 - Artigos selecionados para esta revisão integrativa.**

Nº	Autores (Ano)	Principais achados
8	Qu J, et al. (2021)	Estudo observacional. Investigou-se a associação da terapia antiplaquetária dupla (TAPD) com clopidogrel mais aspirina versus aspirina em monoterapia com os resultados clínicos entre pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Conclui-se que Entre os pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, a TAPD com clopidogrel mais aspirina como prevenção secundária foi associada à redução do risco de eventos adversos cardiovasculares e cerebrovasculares maiores dentro de 6 meses, em comparação com a monoterapia com aspirina, e não houve aumento significativo de sangramento maior.
9	Wiebe J, et al. (2021)	Ensaio clínico controlado. Realização meta-análise de dados agregados de ensaios clínicos randomizados envolvendo participantes que receberam intervenção coronária percutânea com implante de stent e foram designados para descontinuação precoce da aspirina ou TAPD. Conclui-se que pacientes tratados com intervenção coronária percutânea e implante de stent, designados para uma estratégia de descontinuação precoce da aspirina versus DAPT, o risco de morte e eventos isquêmicos não é significativamente diferente, mas o risco de sangramento é menor.

Fonte: Lucena GSJ, et al., 2024.

## DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura para analisar se ainda é recomendado o uso de aspirina considerando as evidências disponíveis para prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio. A partir dos resultados, observou-se que o estudo sobre essa temática é amplo, e aborda diversos aspectos que serão discutidos adiante.

Comprovação científica quanto à eficácia e a segurança do ácido acetilsalicílico, também conhecido como AAS ou aspirina, em pacientes com infarto agudo do miocárdio são definitivas. Existem poucas contra-indicações ao manejo do AAS após um cenário de IAM sendo elas: úlcera péptica ativa, hepatopatia grave, hipersensibilidade conhecida ou discrasia sanguínea. Essa medicação vem sendo usada há muito tempo como tratamento de primeira linha para síndromes coronarianas agudas, incluindo infarto do miocárdio com elevação do segmento ST e para prevenção secundária de doença coronariana estabelecida. As diretrizes da sociedade cardiovascular de angiografia e intervenção para revascularização da artéria coronária recomendam cargas de aspirina antes da intervenção coronariana percutânea, uma vez que reduz a formação de trombos. As diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia recomendam uma dose de manutenção de aspirina entre e 81 a 325 mg uma vez ao dia para tratamento prolongado com elevação do segmento ST (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

No entanto, com o advento de novos agentes antiplaquetários, a exemplo dos inibidores de P2Y12, e uma compreensão crescente dos riscos hemorrágicos da aspirina, surgiu diversos trabalhos relacionado a esses novos fármacos. Como exemplo, Lee K, et al. (2024) desenvolveram um ensaio clínico no qual analisaram em torno de 4717 pacientes, em que um grupo fazia uso de monoterapia com clopidogrel e outro grupo fazia a monoterapia com aspirina para prevenção secundária pós intervenção coronária percutânea (ICP), com acompanhamento médio de 5,8 anos. Desses, 43,1% (2033 pacientes) compreendia a faixa etária idosa, definida como aqueles com 65 anos ou mais. Sendo os desfechos primários infarto agudos do miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral, readmissão por síndrome coronariana aguda e sangramentos graves. Os desfechos secundários foram relacionados por formação de trombo coronariano e qualquer tipo de sangramento.

Após análise dos resultados, conclui-se que em pacientes que necessitaram de monoterapia antiplaquetária após ICP, a ocorrência de manifestações isquêmicas e hemorrágicas aumentou consideravelmente a partir dos 65 anos. Os efeitos benéficos da monoterapia com clopidogrel foram consistentes aos da aspirina, independentemente da idade. Esse resultado difere com o trabalho de Liu D, et al. (2023) no qual analisou cinco estudos envolvendo 11766 pacientes com histórico de doença coronariana previa que necessitavam de monoterapia antiplaquetária de longo prazo.

Foram divididos em dois grandes grupos, sendo um com doses diárias de aspirina e o outro com doses diárias de clopidogrel. Após análises dos resultados, eles perceberam que os pacientes que usavam clopidogrel em monoterapia teve uma redução do risco de eventos cardíacos e cerebrovasculares adversos discretamente maiores em pacientes com doença arterial coronariana, porém não se obteve uma diferença significativa quanto as causas de morte nos dois grupos. Quanto ao paciente que é submetido à angioplastia coronariana ou intervenção coronariana percutânea (ICP) Maqsood MH, et al (2023) analisaram o papel da aspirina versus outros antiagregantes plaquetarios na prevenção secundaria de doenças cardiovasculares.

Nessa revisão bibliográfica, através de análises da sociedade europeia de cardiologia de 2017, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions de 2021 e American Heart Association (AHA) de 2021 observou-se que a aspirina demonstrou ser superior ao placebo na terapia de manutenção de longo prazo sem ICP, mas tem menor eficácia em comparação aos inibidores P2Y12 para prevenção secundária após colocação de stent para IAMCSST, IAMSSST ou DAC estável. Outro estudo que aborda essa temática é o de Murphy E, et al. (2021), uma vez que analisaram o uso da aspirina e inibidores de P2Y12 após intervenção coronariana percutânea. Para isso, fizeram uma metanálise contemporânea de ensaios que avaliaram a monoterapia com inibidor P2Y12 versus terapia antiplaquetária dupla prolongada ( $\geq 12$  meses, que inclui aspirina) após intervenção coronária percutânea e atestaram que o uso de P2Y12 modificou a necessidade de aspirina em pacientes com maior risco de sangramento.

Ademais, quando necessitar de associação entre aspirina e outros fármacos, Qu J, et al. (2021) realizaram um estudo observacional com total de 18.069 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica primária isolada entre 2013 e 2017, sendo que 60% dos pacientes receberam a terapia dupla (TAPD). Após analisar a associação entre TAPD e desfechos, concluiu-se que a utilização da dupla associação reduziu a incidência de mortes por todas as causas, entre elas: infarto agudo do miocárdio e

acidente vascular cerebral, comparada com a monoterapia de aspirina. Em relação ao risco de hemorragia grave, não se evidenciou uma diferença significativa entre os dois grupos. Esse trabalho se assemelha ao estudo de coorte de Mozaffarian S, et al. (2022), no qual analisou 21.181 casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) demonstrado pelo registro de IAM do Irã de 2013 a 2014, o qual constatou que a prescrição de TAPD, além da mudança de estilo de vida saudável e a prática de atividade física, podem melhorar a sobrevivência após o IAM.

Para avaliar o impacto clínico da descontinuação precoce da aspirina em comparação com a terapia antiplaquetária dupla em pacientes submetidos a ICP, Wiebe J, et al. (2021) realizaram uma meta-análise de dados agregados de ensaios clínicos randomizados envolvendo participantes que receberam intervenção coronária percutânea com implante de stent e foram designados para descontinuação precoce da aspirina ou TAPD, sendo os desfechos secundários: infarto agudo do miocárdio, trombose de stent e sangramento grave.

No total, 36,206 participantes, sendo que 18.088 indivíduos foram feitos descontinuação precoce de aspirina e 18.118 pessoas foram feitas descontinuação precoce da aspirina, no total de 7 ensaios, no qual foram acompanhados por um período de 12 meses. Logo após, perceberam que não houve uma alteração significativa nos desfechos, mas o risco de sangramento com dupla agregação plaquetária é menor comparada com AAS. Sabe-se que as diretrizes atuais sugerem que a continuação de TAPD por mais de 12 meses deve ser considerada apenas em pacientes que toleram sem complicações hemorrágicas. Por isso, para analisar se o uso de TAPD por mais de 12 meses apresentam benefícios, De Luca L, et al. (2019) realizaram um estudo observacional, analisando 1633 pacientes no período de março a dezembro de 2017 na Itália em pacientes com IAM. Chegaram ao desfecho que pacientes submetidos a uma ICP com múltiplos stents e uma história de DAP resultaram como as variáveis clínicas associadas à continuação da TAPD além de 1 ano.

Em relação a doses de aspirina para prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio, Marquis-gravel G, et al. (2024) promoveram um ensaio clínico randomizado com um total de 15.076 pacientes, os quais 7.540 participantes receberam doses de 81mg de AAS e outros 7.536 participantes receberam 325mg de AAS diariamente com acompanhamento médio de 26,2 meses. A média de idade dos participantes era em torno de 67,6 anos. Após análises dos resultados concluíram que não houve interação significativa entre a idade e a dose randomizada de aspirina e não teve diferença entre as doses usadas uma vez ao dia para prevenção secundária de doença cardiovascular como infarto agudo do miocárdio. Ainda relacionado com a idade, Dalen JE, et al. (2021) analisaram, por meio de diversas meta-análises, se idosos podem tomar aspirina diariamente. Para isso, eles analisaram um estudo norte americano no qual a média de idade dos pacientes que faziam uso de AAS diariamente para prevenção de acidente vascular cerebral e IAM era em torno de 45 a 75 anos.

Desse modo, observaram que tomar AAS diariamente para prevenção primária não é recomendada devido aos riscos superarem os benefícios. No entanto, visando prevenir infarto agudo prévio ou recorrente, é recomendado doses diárias de aspirina. Nessa perspectiva, o uso de aspirina diariamente é recomendado para prevenção prévia ou recorrente de infarto agudo do miocárdio. Dessa forma, começaram a suspeitar se uso prolongado de AAS pode criar resistência e interferir no tratamento adequado. Para tanto, Stolarek W, et al. (2022) fizeram um estudo observacional com 30 pacientes avaliados em média por 6,3 anos após hospitalização IAM. Concluiu-se que a longo prazo criou-se certa resistência ao uso do medicamento, porém não teve diferenças quanto aos desfechos cardiovasculares. Vale ressaltar que, apesar de ser um estudo aceito cientificamente, a amostra de estudo é muito pequena e pode interferir nos resultados.

Para analisar o uso da aspirina antes de realizar a cirurgia coronariana, Myles OS, et al. (2019) realizaram um ensaio clínico randomizado, no qual dividiram em dois grupos, o primeiro grupo, no total de 1.059 pacientes, foram randomizados com uso de aspirina e o segundo grupo, no total de 1.068 pacientes, foram randomizados com placebo antes da realização de cirurgia coronariana. Os desfechos foram relacionados a infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Dessa forma, concluiu-se que em pacientes submetidos à cirurgia arterial coronariana, a aspirina pré-operatória não reduziu a morte ou incapacidade grave, ou eventos trombóticos até 1 ano após a cirurgia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das referências utilizadas para essa pesquisa, nota-se que a aspirina é um medicamento essencial para a prevenção secundária de infarto agudo do miocárdio. Associado a outras medicações, como o inibidor de P2Y12, pode potencializar o efeito protetor para prevenção secundária para pacientes submetidos à ICP. Quando usado em monoterapia, a aspirina apresenta resultados consistentes quando comparado com os inibidores de P2Y12. Em relação à dose, não se notou uma diferença significativa com o uso de 81mg comparado com 325mg de AAS diário.

## REFERÊNCIAS

1. AHA. AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2014. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.000000000000029>. Acessado em: 15 de março de 2024.
2. COLLET JP, et al. Diretrizes da ESC 2020 para o manejo de síndromes coronarianas agudas em pacientes que se apresentam sem elevação persistente do segmento ST. 2021.
3. DALEN JE, et al. Should Senior Citizens Take Aspirin Daily to Prevent Heart Attacks or Strokes? *Am J Med*, 2021; 1185–1188.
4. DAVIDSON KW, et al. Uso de aspirina para prevenir doenças cardiovasculares: Declaração de recomendação da força-tarefa de serviços preventivos dos EUA. *JAMA*. 2022.
5. DE LUCA L, et al. How do cardiologists select patients for dual antiplatelet therapy continuation beyond 1 year after a myocardial infarction? Insights from the EYESHOT Post-MI Study. *Clin Cardiol*, 2019; 1113–1120.
6. FUSTER V e JOSEPH M. Aspirina: uma visão terapêutica histórica e contemporânea. 2011.
7. GÉNÉREUX P, et al. Incidência, preditores e impacto do sangramento pós-alta após intervenção coronária percutânea. *J Sou Coll Cardiol*. 2015.
8. LEE K, et al. Impact of Age on Antiplatelet Monotherapy in the Chronic Maintenance Period After Percutaneous Coronary Intervention: A Post Hoc Analysis From the HOST-EXAM Extended Study. *Can J Cardiol*, 2024; 43–52.
9. LIU D, et al. Efficacy and safety of clopidogrel versus aspirin monotherapy for secondary prevention in patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Front Cardiovasc Med*, 2023; 1265983–1265983.
10. MAQSOOD MH, et al. Do We Still Need Aspirin in Coronary Artery Disease? *J Clin Med*, 2023.
11. MARQUIS-GRAVEL G, et al. Age and Aspirin Dosing in Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *J Am Heart Assoc*.p. 2024; 026921-026921.
12. MOZAFFARIAN S, et al. Short- and Long-term Myocardial Infarction Survival Rate According to the Type of Drugs Prescribed at the Time of Discharge: A Study Using Iran National Registry Data. *Arch Iran Med*, 2022; 105–111.
13. MURPHY E, et al. Aspirin in the Modern Era of Cardiovascular Disease Prevention. *Methodist Debakey Cardiovasc J*, 2021; 36–47.
14. MYLES PS, et al. Aspirin in coronary artery surgery: 1-year results of the Aspirin and Tranexamic Acid for Coronary Artery Surgery trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2019; 633–640.
15. NICOLAU JC, et al. Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology, 2007.
16. QU J, et al. Dual Antiplatelet Therapy with Clopidogrel and Aspirin Versus Aspirin Monotherapy in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *J Am Heart Assoc*, 2021; 020413–020413.
17. RANDOMISED TRIAL OF INTRAVENOUS STREPTOKINASE, ORAL ASPIRIN, BOTH, OR NEITHER AMONG 17 187 CASES OF SUSPECTED ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: ISIS-2. *The Lancet*, 1988; 332(8607): 349–360.
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf). Acessado em: 14 março de 2024.
19. SOCIEDADE CARDIOVASCULAR DE ANGIOGRAFIA E INTERVENÇÃO PARA REVASCULARIZAÇÃO DA ARTÉRIA CORONÁRIA, 2021. Acessado em: <https://pebmed.com.br/acc-2021-revascularizacao-completa-reduz-eventos-na-doenca-coronaria-cronica/>. Acessado em: 14 março de 2024.
20. STOLAREK W, et al. High on-treatment platelet reactivity to aspirin in patients after myocardial infarction. *Biomed Pharmacother*, 2022; 112618–112618.
21. THYGESEN T, et al. Terceira definição universal de enfarte do miocárdio. *Rev Port Cardiol*, 2013; 32(78): 643: 1-643.16.
22. WIEBE J, et al. Early Aspirin Discontinuation After Coronary Stenting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*, 2021; 018304–018304.
23. YEH RW, et al. Desenvolvimento e validação de uma regra de predição de benefícios e danos da terapia antiplaquetária dupla além de 1 ano após intervenção coronária percutânea. *J Am Med Assoc*., 2016.