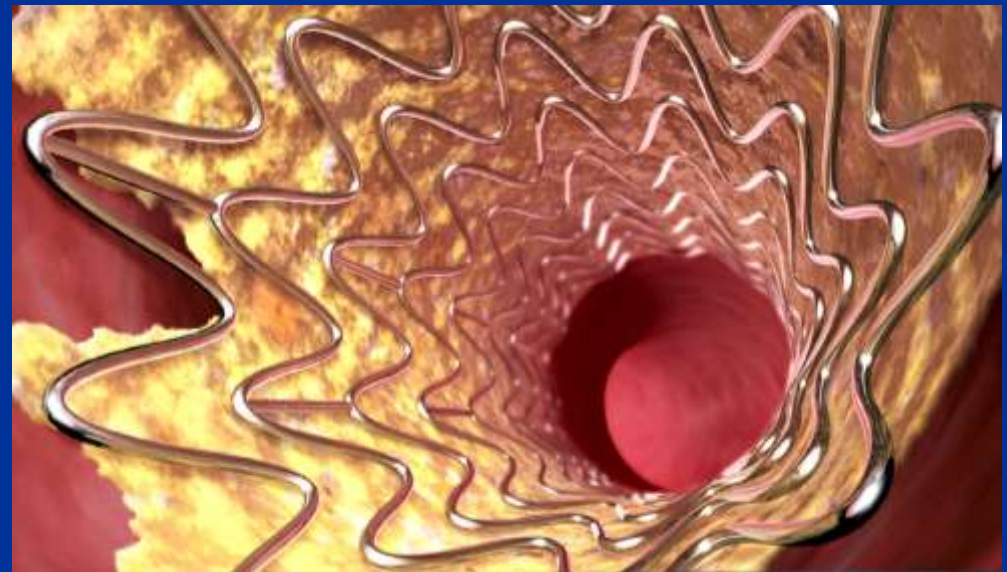
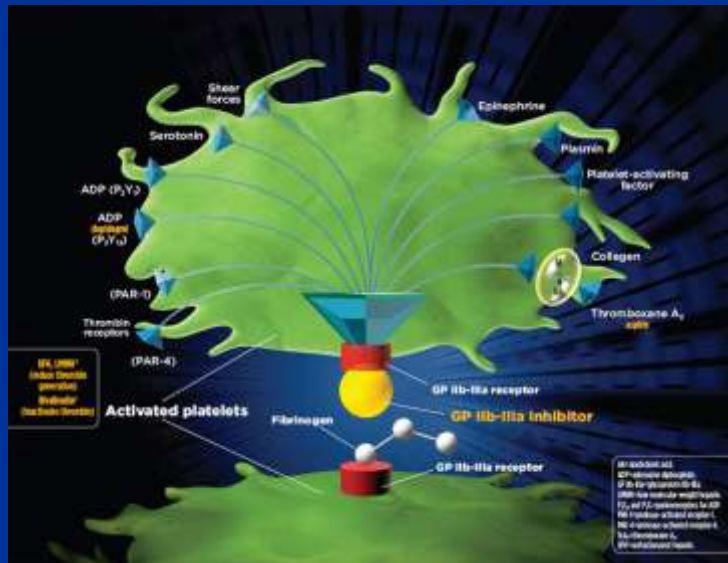


TRATAMIENTO ANTIPLAQUETAR PREHOSPITALARIO Y EN URGENCIAS EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO



Dr Antonio J. Montón Rodríguez
Burgos 5 de Febrero 2009

FINES

- La mejora en la Atención **Extrahospitalaria** y en Urgencias de los pacientes con SCA.
- Añadir en ambos campos **nuevas directrices** de medicación.
- Analizar la **problemática del 112** sobre estos pacientes.
- Proyectar un **protocolo** que nos sirva de mejora continua de la calidad y además como base para futuras publicaciones.

Tratamiento antiplaquetar pre-hospitalario y en urgencias en el SCA

19.00 h

Dr Juan Tomás Vicente Carrero
Definición de SCA y estratificación de riesgo

19.20 h

Dr Jose María Ayuela Azcárate
Inhibidores P2 Y12 en SCA

19.40 h

Dr Antonio José Montón Rodríguez
IGP IIb/IIIa en SCA

20.00 h

Dra. Marta Arroyo Díez
Complicaciones Isquémicas y hemorrágicas en el SCA

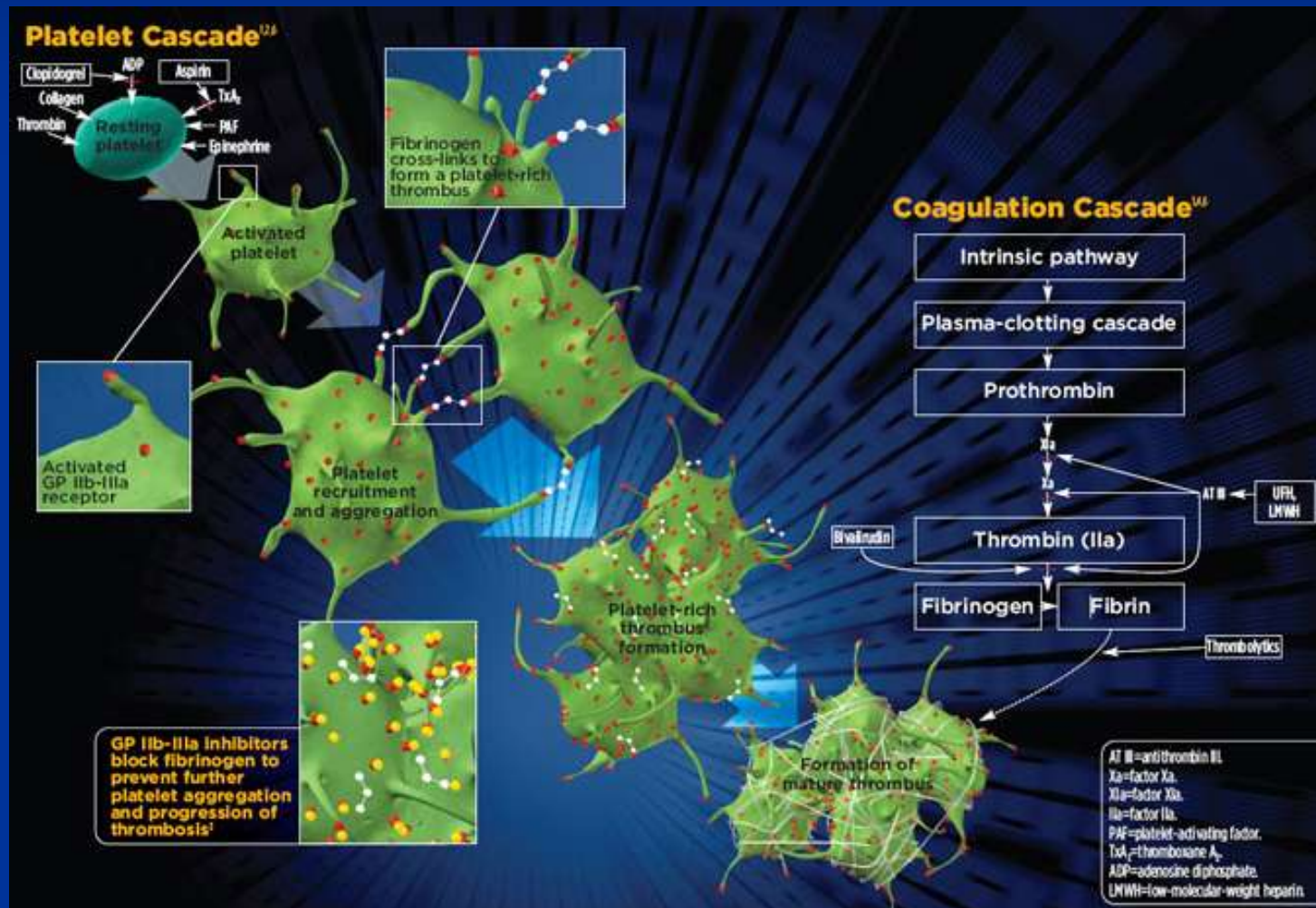
20.20 h

Dr. David Guillen Gil
Problemática del 112 ante el SCA

P
O
N
E
N
T
E
S

IGP IIb/IIIa

Bloquean la vía final común de la agregación plaquetar (unión fibrinógeno con los receptores GP IIb/IIIa).



IGP IIb/IIIa

- Los preparados que están en el mercado son
 - Abciximab (Reo-Pro)
 - Tirofibán (Agrastat)
 - Eptifibatide (Integrelín).
- Se utilizan por **vía IV**.

IGPIIb/IIIa

- En el **NRMI-4** se demostró la utilización temprana produjo reducción mortalidad.
- En el **CRUSADE** también se asoció a menor mortalidad pero se daba a menos pacientes que lo que las guías indicaban.
- En **ISAR-REACT-2, EVEREST** en SCASEST y **TIGER-PA, BRIDGING** en SCACEST concluyeron que era mejor administrarlos “upstream” y no “downstream” (en cateterismo).

MULTISTRATEGY

En resumen este estudio proporciona la evidencia que en una población no seleccionada de pacientes con SCACEST y a los que se practica IPC la terapia con tirofibán se asocia con una resolución del ST a los 90 minutos de la misma no inferior a la del abciximab, a los 8 meses de seguimiento los MACE son aproximadamente la mitad en los pacientes a los que se les colocó stent con sirolimus que a los que se les implantó stent metálico.

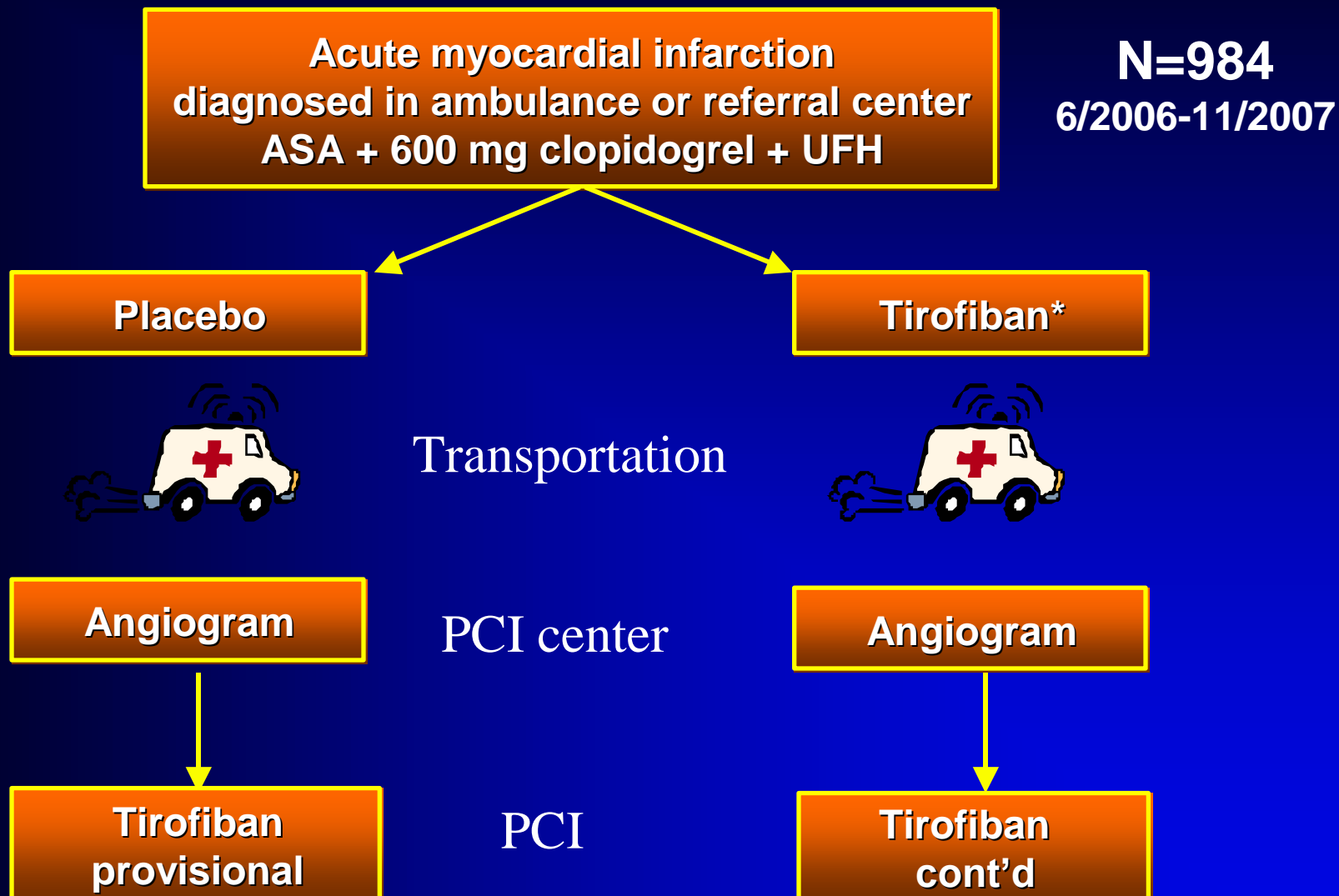
RESULTADOS

- Los **IGPIIb/IIIa** redujeron de forma significativa el objetivo combinado de muerte, infarto de miocardio no fatal o necesidad de intervencionismo urgente a los 30 días en los siguientes grupos:
 - Con **IPC** 7,8% versus 11,6% RRR 36%
 - Con **SCASEST** 11,4% versus 12,8% RRR11%
 - Con **SCACEST** con IPC 3,9% versus 7,8% RRR 49%

ON-TIME 2

Ongoing-Tirofiban In Myocardial Infarction Evaluation

ON-TIME 2



**Bolus: 25 µg/kg and 0.15 µg/kg/min infusion*

Endpoints

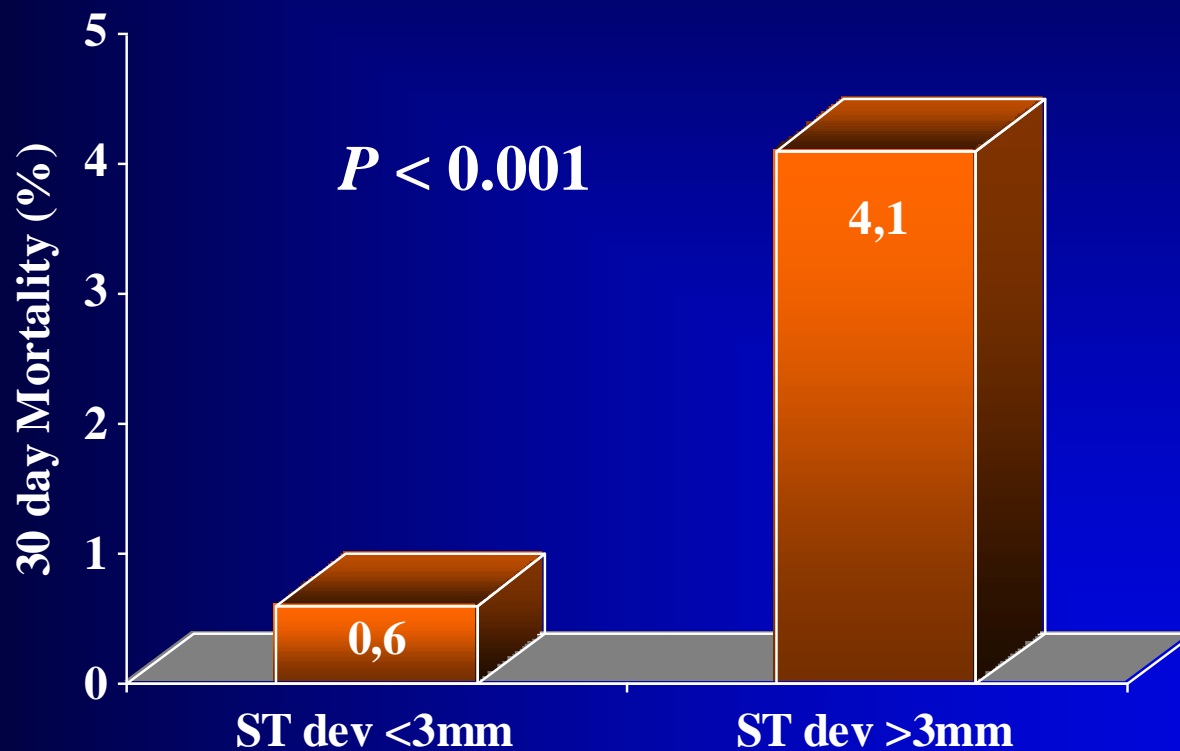
Primary

- Residual ST segment deviation (> 3 mm) 1 hour after PCI

Key Secondary

- Combined occurrence of death, recurrent MI, urgent TVR or thrombotic bailout at 30 days follow-up
- Safety (major bleeding)

Residual ST-Deviation and Mortality



Clinical Secondary Endpoints: 30 days

	Placebo n=477	Tirofiban n=473	p-value
Death	19 (4.0%)	11(2.3%)	0.144
Reccurent MI	14 (2.9%)	13 (2.7%)	0.863
Stroke	7 (1.5%)	1 (0.2%)	0.069
Urgent TVR	23 (4.8%)	19 (4.0%)	0.546
Death/MI/TVR/Stroke	47 (9.9%)	34 (7.2%)	0.141
Thromb. Bail out	140 (28.5%)	97(19.9%)	0.002
Combined	159 (33.3%)	123 (26.0%)	0.013

Thrombotic Bailout and Angiography

	Placebo (n = 493)	Tirofiban (n = 491)	p-value
Bail- out	28.5%	19.9%	0.002
TIMI-Flow 0-2	9.1%	5.9%	0.058
Abrupt closure	2.2%	0.2%	0.004
Distal embolisation	11.8%	9,0%	0.155

Summary

- Prehospital initiation of tirofiban (HDB) improves ST resolution before and after primary PCI
- Combined secondary clinical endpoint reduced
- No significant increase in bleeding risk

Conclusions

- High dose tirofiban on top of clopidogrel (600 mg) in the prehospital setting is safe
- Improves outcome of primary PCI for AMI
- Long term mortality benefit?

CONCLUSIONES

A los enfermos con SCACEST que sean atendidos en Urgencias o por el 112 y tengan **contraindicaciones para el uso de fibrinolíticos** se les debería administrar lo antes posible (prehospital):

- Aspirina
- Clopidogrel
- Enoxaparina
- Tirofibán



...y ser remitidos para **IPC Primaria**

MEDICACION

- **Inyesprin** 1/3 de ampolla IV
- **Plavix** 300 mg por vía oral
- **Clexane**
 - en menores de 75 años:
 - 30 mg IV
 - 15 minutos después 1mg/kg vía subcutánea
 - en > 75 años 0,75 mg/kg subc y no se pone IV
- **Tirofibán**
 - bolo de 25 $\mu\text{g}/\text{kg}$ en 3 minutos
 - perfusión de 0,15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$

SCASEST DE ALTO RIESGO

- **TIMI 5 a 7** puntos.
- **TIMI 3 a 4** puntos con alguna de las siguientes situaciones:
 - Troponina positiva
 - Diabetes
 - Arritmias ventriculares graves
 - Soplo de Insuficiencia Mitral
 - By pass Ao-Coronario
 - Troponina positiva y descenso ST ≥ 1 mm.
 - Descenso ST ≥ 1 mm
 - Enfermedad vascular periférica
 - Inestabilidad hemodinámica
 - IPC en los 6 meses previos
 - Angina postinfarto.
- **GRACE > 108** puntos.

SCASEST

En pacientes con estratificación de **riesgo alto** se les deberá administrar en Urgencias o en el 112 (prehospital) la medicación:

Aspirina 300 mg masticada o Inyesprim IV 1/3 de ampolla.

Clopidogrel 300 mg por vía oral.

Clexane 1mg/kg por vía subcutánea.

Tirofibán bolo IV de 25 µg/kg
perfusión IV de 0,15 µg/kg/min.