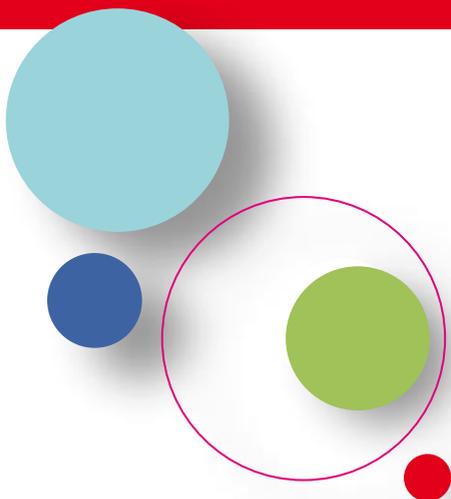
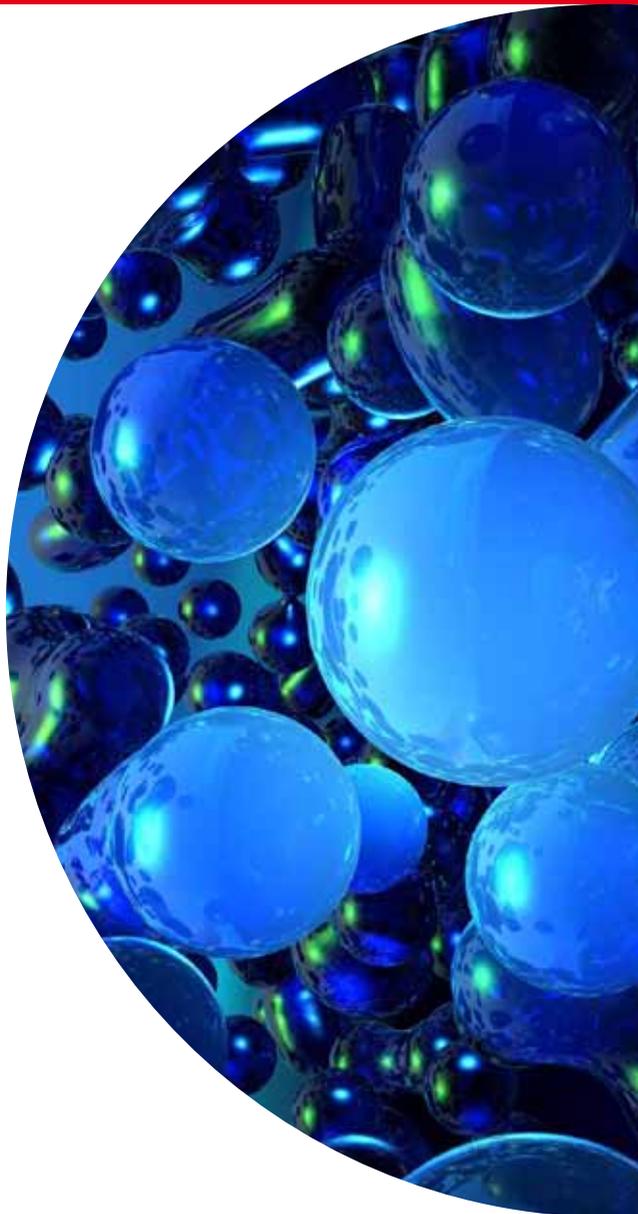


TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE en SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) RECOMENDACIONES



PROGRAMA INTEGRAL
DE ATENCIÓN A LA
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
2010 >> 2013



TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE en SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

RECOMENDACIONES



Validado por la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica
Murcia, 20 de Septiembre de 2013

Edita: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia



ISBN: 978-84-15909-09-5

Depósito legal: MU-225-2014

Imprime:

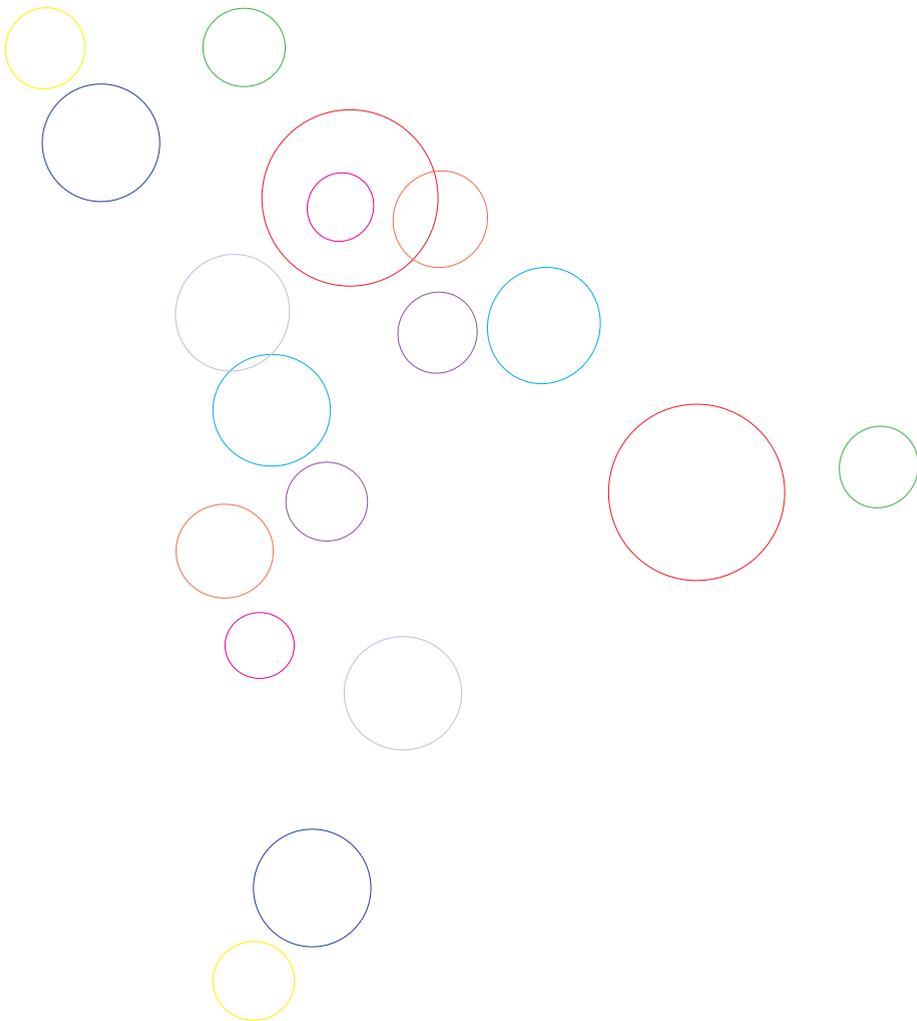
Boletín Oficial de la Región de Murcia

Camino Viejo de Monteagudo, s/n

30160 Murcia

Índice

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN.....	7
FÁRMACOS ANTIAGREGANTES EN SCA	11
INDICACIONES DE ANTIAGREGACIÓN EN SCA.....	15
ESTIMACIÓN DE RIESGO ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO	21
BIBLIOGRAFÍA	27
GLOSARIO DE TÉRMINOS	31
ANEXO I	35
ANEXO II.....	41
INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO ANTIAGREGACIÓN EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	51





Introducción

Introducción

La importancia fisiopatológica de la adhesión, activación y agregación plaquetaria en el SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) está claramente establecida, así como el papel básico que desempeñan los fármacos antiagregantes en su tratamiento.

En los últimos años se ha recomendado una pauta de antiagregación doble, combinando ácido acetil salicílico (AAS) con clopidogrel durante un periodo de tiempo que alcanza los 12 meses, si no hay contraindicaciones, tanto en pacientes con SCASEST (Angina inestable, infarto agudo de miocardio sin onda Q –IAM no Q–), como en SCACEST (IAM).

El AAS es un inhibidor enzimático que al bloquear la ciclooxigenasa (Cox-1) impide la formación de prostaglandinas y tromboxano A₂, inhibiendo de forma permanente la agregación plaquetaria, mientras que el clopidogrel bloquea los receptores de ADP P₂Y₁₂, de una forma también irreversible.

La reciente introducción de dos nuevos fármacos antiagregantes, prasugrel y ticagrelor, permite superar algunas de las limitaciones del clopidogrel (variabilidad individual de la agregación plaquetaria, lento inicio de acción...), obligando a replantear unas pautas de actuación establecidas, y a intentar identificar qué casos pueden beneficiarse más de uno u otro fármaco.

El prasugrel, al igual que el clopidogrel, es una tienopiridina que bloquea de forma IRREVERSIBLE el receptor P₂Y₁₂, y se trata de un profármaco que precisa conversión a metabolitos activos.

Sin embargo, el ticagrelor no es una tienopiridina ni un profármaco, de forma que no necesita biotransformación, y produce una inhibición REVERSIBLE del receptor P₂Y₁₂.

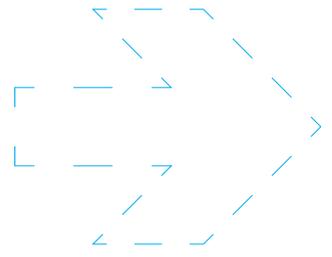
Ambos constituyen alternativas terapéuticas para aquellos enfermos que presentan intolerancia al clopidogrel, pero también pueden reemplazarlo en diferentes escenarios. De hecho, en las guías europeas (ESC) y americanas (AHA/ACC) de manejo de pacientes con SCA ya se les incluye como fármacos a considerar en

el tratamiento de los enfermos con SCASEST y SCACEST. Las recomendaciones recogidas en este documento no pretenden sustituir a las contempladas en las publicaciones de esas sociedades científicas, sino establecer unas indicaciones aconsejables teniendo en cuenta cuestiones prácticas, consideraciones de eficiencia y la búsqueda de una individualización del tratamiento.

Se ha pretendido elaborar un documento sencillo, claro y fácil de revisar, abierto a futuras modificaciones si la aparición de nuevas evidencias científicas así lo aconsejen.

Fármacos antiagregantes en SCA





Fármacos antiagregantes en SCA

● CLOPIDOGREL

La combinación de AAS asociado a clopidogrel continúa siendo la más habitual, en pacientes con SCA, independientemente de la forma de tratamiento a seguir –conservadora, invasiva...–.

DOSIS:

- Si trombolisis: 300 mg como dosis de carga.
- Si intervención coronaria percutánea (ICP): 600 mg como dosis de carga, esta dosis produce un mayor y más precoz efecto antiplaquetario -reduce el tiempo hasta la máxima inhibición plaquetaria a 2 horas-, pero además disminuye la probabilidad de resistencia al clopidogrel y el riesgo de IM periprocedimiento tras ICP.
- Dosis de mantenimiento: 75 mg/día.

● PRASUGREL

Comparado con clopidogrel, consigue un inicio de acción más rápido y una inhibición plaquetaria más potente y consistente. En el estudio TRITON muestra una reducción de eventos clínicos (asociación de infarto, ACV y muerte cardiovascular), especialmente en diabéticos, respecto a clopidogrel.

Sin embargo, se asocia a un incremento de complicaciones hemorrágicas, especialmente en pacientes con antecedentes de Ictus o AIT, en mayores de 75 años y con peso inferior a 60 Kg.

DOSIS:

- 60 mg como dosis de carga y 10 mg/día de mantenimiento.

CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes con antecedentes de ictus o AIT.
- Pacientes mayores de 75 años.
- Pacientes con peso inferior a 60 Kg.

- Sangrado activo.
- Historia de hemorragia intracraneal.
- Disfunción hepática moderada-severa.

● TICAGRELOR

Comparado con el clopidogrel, presenta un inicio de acción más rápido e inhibición plaquetaria más potente y consistente. El estudio PLATO ha demostrado disminuir el riesgo relativo de infarto de miocardio, ictus y muerte de causa vascular, respecto a clopidogrel.

Como inconvenientes presenta una mayor tasa de complicaciones hemorrágicas no relacionadas con la cirugía, así como otros efectos adversos (disnea, bradiarritmias), junto con un precio más elevado y una posología que obliga a la administración de un comprimido cada 12 horas.

DOSIS:

- 180 mg como dosis de carga y 90 mg/12 h de mantenimiento.

CONTRAINDICACIONES:

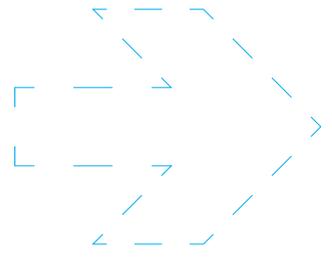
- Sangrado activo.
- Historia de hemorragia intracraneal.
- Disfunción moderada-severa hepática.
- Uso concomitante de inhibidores de CYP3A4 (ketoconazol, claritromicina, antivirales...).

EFFECTOS SECUNDARIOS:

- Disnea.
- Pausas ventriculares.
- Incremento de los niveles de ácido úrico y creatinina.

Indicaciones de antiagregación en SCA





Indicaciones de antiagregación en SCA

● CLOPIDOGREL

Indicación de 1ª elección:

- SCACEST tratado con fibrinólisis.
- SCACEST trasladado para ICP primaria.
- SCACEST evolucionado. Tratamiento médico –conservador– en SCA.
- SCASEST tratado con ICP, especialmente si riesgo hemorrágico, antecedentes de AIT/ACV, ancianos o bajo peso.
- SCA con tratamiento médico conservador.
- SCA en pacientes con indicación de tratamiento anticoagulante (portadores de válvulas mecánicas, fibrilación auricular de elevado riesgo embólico...).

● PRASUGREL

Indicación de 2ª elección ante las siguientes situaciones modificantes:

- Contraindicación o resistencia a clopidogrel.
- Trombosis de stent –en pacientes con adecuado cumplimiento del tratamiento con clopidogrel–.
- Casos seleccionados de pacientes diabéticos remitidos para ICP electiva –con anatomía coronaria previamente conocida–, sin administración previa de clopidogrel. En algunos casos se puede valorar continuar posteriormente con clopidogrel, salvo contraindicaciones.
- En algunos casos de pacientes alérgicos a AAS y con contraindicación para el uso de clopidogrel y/o ticagrelor, remitidos para ICP. En estos enfermos se plantean diferentes opciones (desensibilización, asociación de otros antiagregantes...), pero podría considerarse su utilización.
- SCACEST y SCASEST: Preferentemente tras conocer la anatomía coronaria, en casos de:
 - Tratamiento con ICP si Anatomía coronaria de alto riesgo –lesiones complejas

(largas, bifurcadas), afectando a TCI, con enfermedad multivaso—..., especialmente en pacientes diabéticos.

- También en situaciones de contraindicación para ticagrelor.

● TICAGRELOR

Indicación de 2ª elección ante las siguientes situaciones modificantes:

- Contraindicación o Resistencia a clopidogrel.
- Trombosis de stent —en pacientes con adecuado cumplimiento del tratamiento con clopidogrel—.
- Algunos pacientes remitidos para coronariografía electiva sin administración de clopidogrel, por su inicio de acción más rápido. En determinados casos se puede valorar continuar posteriormente con clopidogrel, salvo contraindicaciones.
- En algunos casos de pacientes alérgicos a AAS remitidos para ICP, especialmente aquellos con problemas para el empleo de clopidogrel o prasugrel. Como se ha comentado, existen otras alternativas (desensibilización, asociación de otros antiagregantes...), pero puede plantearse su administración.
- SCACEST:
 - Tratamiento con ICP en algunos casos con Antecedentes de ACV, Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Anatomía coronaria de alto riesgo, lesiones complejas (largas, bifurcadas...), afectando a Tronco Común de la Coronaria Izquierda (TCI) o múltiples vasos.
- SCASEST:
 - Pacientes de alto riesgo pero con bajo riesgo hemorrágico y ausencia de disfunción hepática. Especialmente indicado en casos de tratamiento previo con clopidogrel (con adecuado cumplimiento terapéutico) o en pacientes con antecedentes de IRC o ACV previo.
 - Tras coronariografía que muestre una anatomía coronaria de alto riesgo, lesiones complejas (con trombo, largas, bifurcadas...), con afectación multivaso o de TCI...

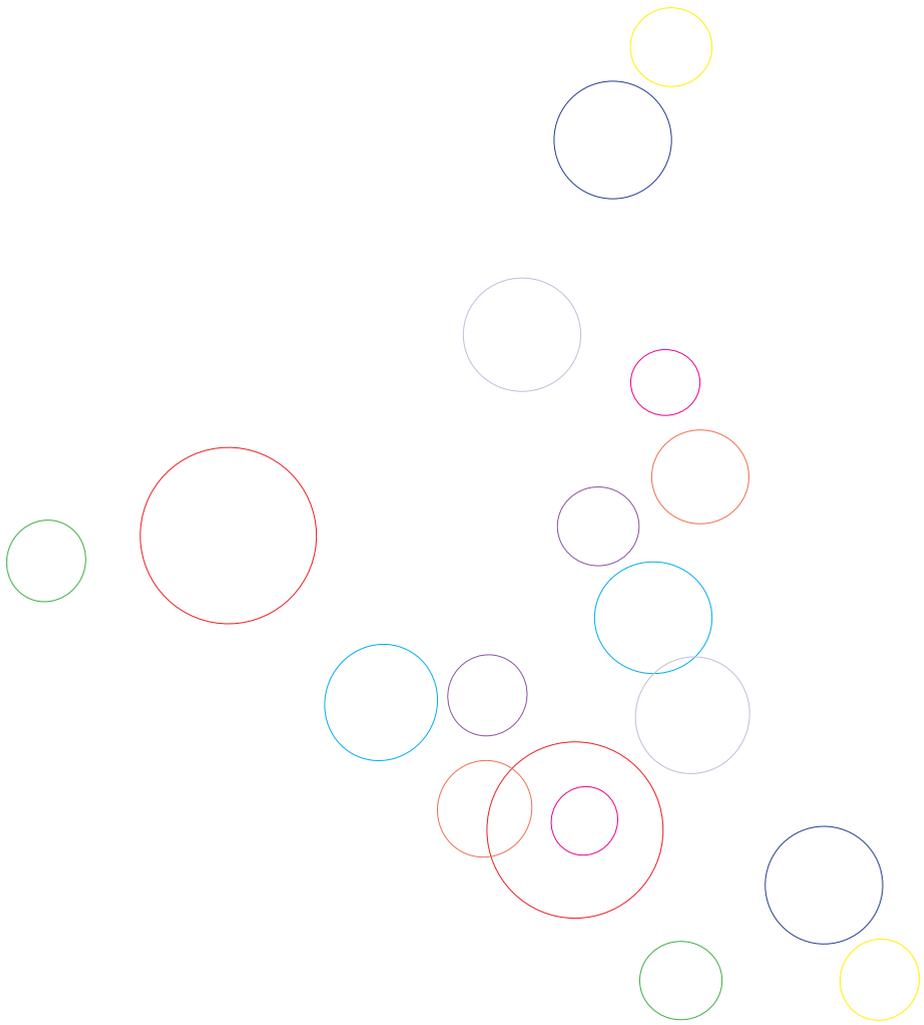
Y considerando los problemas de coste-eficiencia* y adherencia al tratamiento (es importante recordar su posología, con administración cada 12 h).

*Anexo I

De una forma más práctica se aprecian las indicaciones de estos fármacos en el SCA:

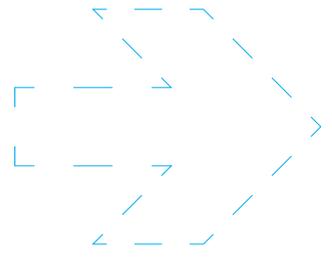
- SCACEST: Figuras 1 y 1b**
- SCASEST: Figuras 2 y 2b**
- Situaciones especiales: Figuras 3 y 3b**

** *Anexo II*



Estimación de riesgo isquémico y hemorrágico





Estimación de riesgo isquémico y hemorrágico

La individualización del tratamiento antiagregante más adecuado para un paciente concreto debe basarse en una evaluación clínica que permita estratificar el riesgo de eventos isquémicos y también prevenir las graves complicaciones hemorrágicas que puede sufrir.

a) ESTIMACIÓN DE RIESGO TROMBÓTICO

Entre las diferentes clasificaciones desarrolladas para permitir cuantificar el riesgo de sufrir eventos isquémicos, las escalas TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) y GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) son las más utilizadas. La primera es más sencilla y rápida, pero con menor precisión que la clasificación GRACE, que proporciona una estratificación de riesgo más precisa, aunque resulta más compleja.

● **TIMI RISK SCORE (JAMA 2000; 284: 835-42)**

Escala de riesgo

FACTOR	Puntuación
Edad > 65 años	1
Presencia FRCV: HTA, DM, Hipercolesterolemia, Tabaquismo, Antec Familiares	1
Antecedentes Estenosis Coronaria >50%	1
Uso AAS en los últimos 7 d	1
Desviación ST >0,5 mV	1
Dos episodios anginosos en las últimas 24 h	1
Elevación biomarcadores (Tn, CK-MB)	1

Riesgo eventos a 14 días

Puntuación	Riesgo	Riesgo Muerte/IAM/Revascularización
0-1	Bajo	3
2		3
3	Intermedio	5
4		7
5	Alto	12
6-7		19

● GRACE RISK SCORE (Heart 2006;92:905-9)

Edad (años)	Puntuación
<40	0
40-49	8
50-59	36
60-69	55
70-79	73
>80	91
FC (lm)	Puntuación
<70	0
70-89	7
90-109	13
110-149	23
150-199	36
>200	46
P. Arterial sistólica (mmHg)	Puntuación
<80	63
80-99	58
100-119	47
120-139	37
140-159	26
160-199	11
>200	0
Creatinina (mg/dl)	Puntuación
<0,39	2
0,4-0,79	5
0,8-1,19	8
1,2-1,59	11
1,6-1,99	14
2-3,99	23
>4	31
Killip	Puntuación
I	0
II	21
III	43
IV	64
Otros	Puntuación
Parada cardíaca al ingreso	43
Elevación Biomarcadores	15
Alteraciones ST	30

* Puntuación máxima: 258

● RIESGO MORTALIDAD HOSPITALARIA

Puntuación	Mortalidad Hospitalaria (%)
<60	<0,2
80	0,4
100	0,8
120	1,6
140	2,9
160	5,4
180	9,8
200	18
220	29
240	44
>250	>52

En resumen:

Puntuación	Riesgo	Riesgo Muerte/Hospitalaria
<108	Bajo	<1
109-140	Intermedio	1-3
>140	Alto	>3

b) ESTIMACIÓN DE RIESGO HEMORRÁGICO

Los pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones hemorrágicas son los de bajo peso, ancianos, con IR o hepatopatía crónicas, que padecieron hemorragias previas —digestivas...— o sufren hemorragias activas, discrasias sanguíneas o HTA severa. Asimismo, son enfermos de riesgo los sometidos a tratamiento trombolítico, aquellos con ACV previo y en los que se sospecha una patología aórtica.

El CRUSADE bleeding score permite cuantificar ese riesgo mediante la combinación de 8 variables (hematocrito, aclaración de creatinina, sexo, DM, enfermedad arterial periférica, IC, P. Arterial, FC) que determina una puntuación entre 1 y 100.

● CRUSADE BLEEDING SCORE (Circulation 2009; 119:1873-82)

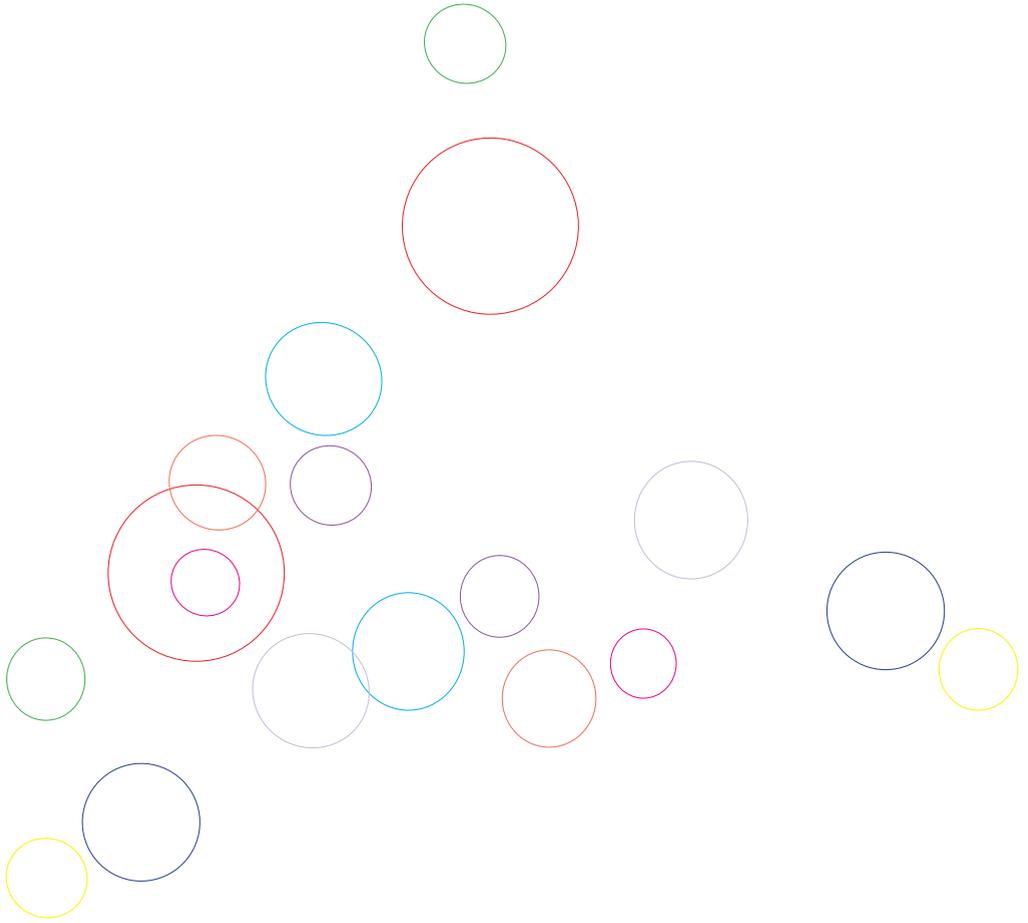
Hematocrito (%)	Puntuación
<31	9
31-33,9	7
34-36,9	3
37-39,9	2
>40	0
Aclaración de Creatinina (ml/m)	Puntuación
<15	39
15-30	35
30-60	28
60-90	17
90-120	7
>120	0
FC (lm)	Puntuación
<70	0
71-80	1
81-90	3
91-100	6
101-110	8
111-120	10
>121	11
Sexo	Puntuación
Varón	0
Mujer	8
Diabetes	Puntuación
No	0
Sí	6
Insuficiencia Cardíaca	Puntuación
No	0
Sí	7
Enfermedad vascular previa	Puntuación
No	0
Sí	6

Presión Arterial (mmHg)	Puntuación
<90	10
91-100	8
101-120	5
121-180	1
181-200	3
>201	5

De esta forma los pacientes pueden ser incluidos en alguna de las siguientes categorías:

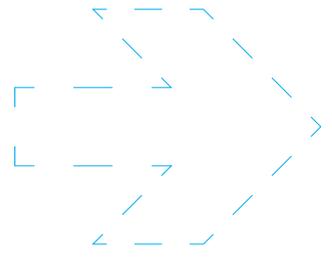
Puntuación	Riesgo	Riesgo Hemorrágico (%)
<20	Muy Bajo	3,1
21-30	Bajo	5,5
31-40	Intermedio	8,6
41-50	Alto	11,9
>50	Muy Alto	19,5

Estos sistemas de puntuación de riesgo trombótico y hemorrágico son útiles, pero deben considerarse unas herramientas objetivas para la evaluación del riesgo de pacientes individuales o de una población determinada. En cualquier caso, lo realmente importante y fundamental es realizar una adecuada evaluación clínica según las características clínicas del paciente y su forma de presentación.



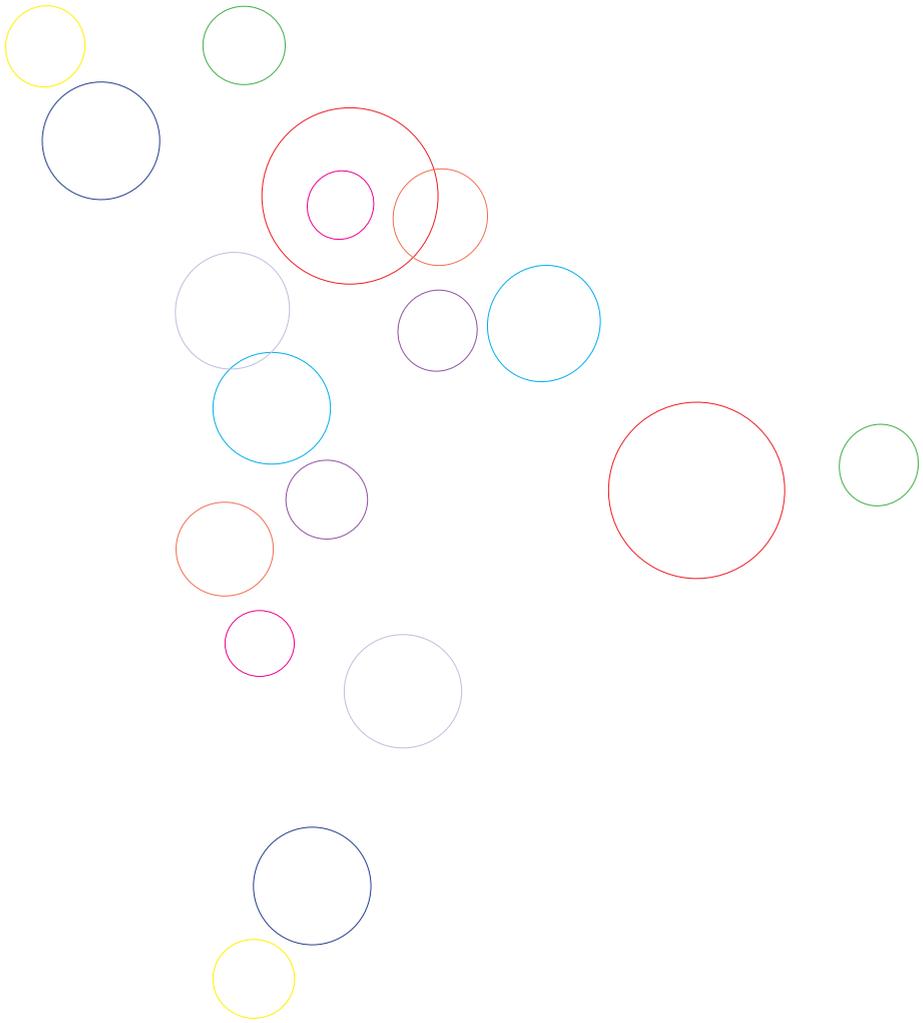


Bibliografía



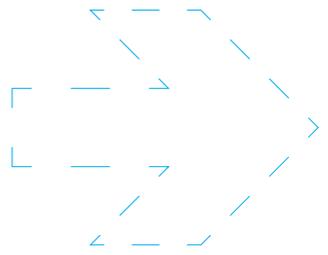
Bibliografía

- Hamm C W, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2011; 32: 2999–3054.
- Steg PG, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2012; 33: 2569–2619.
- Subherwal S, et al. Baseline Risk of Major Bleeding in Non-ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: The CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients SuppressADverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA guidelines) Bleeding Score. *Circulation*. 2009; 119:1873-1882.
- Fox KA, et al. Intervention in acute coronary syndromes: do patients undergo intervention on the basis of their risk characteristics? The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart* 2007; 93:177–182.
- Mehta SR et al. Double-dose versus standard-dose clopidogrel and high-dose versus low-dose aspirin in individuals undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes (CURRENT-OASIS 7): a randomised factorial trial. *Lancet*. 2010; 376:1233-43.
- Wiviott SD et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2007; 357:2001-2015.
- Wiviott SD, et al. Greater Clinical Benefit of More Intensive Oral Antiplatelet Therapy With Prasugrel in Patients With Diabetes Mellitus in the Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition With Prasugrel–Thrombolysis in Myocardial Infarction 38. *Circulation* 2008;118:1626-1636
- Wallentin L, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009; 361:1045-57.



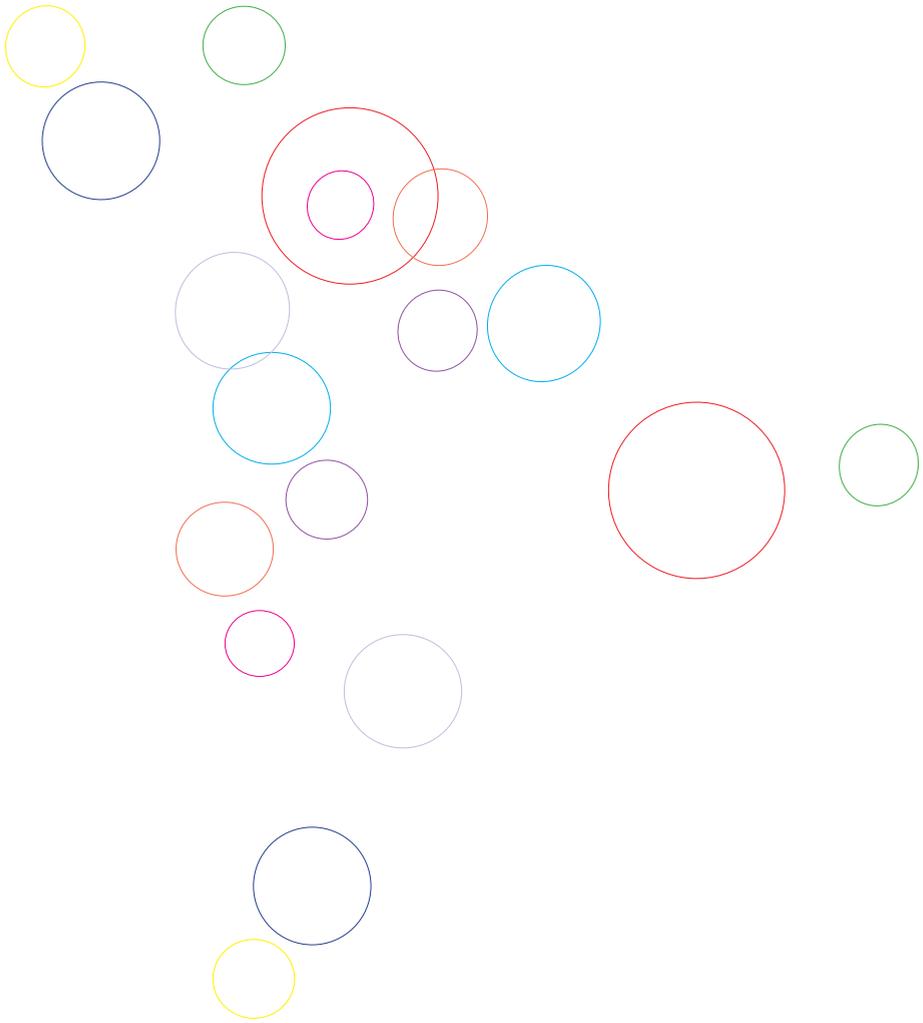


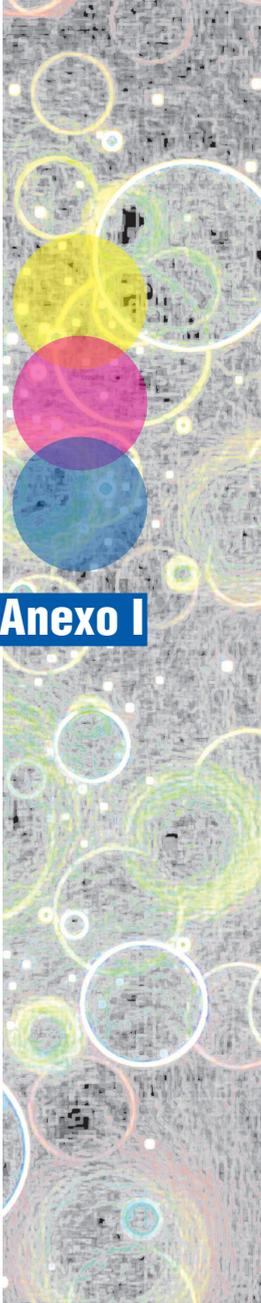
Glosario de términos



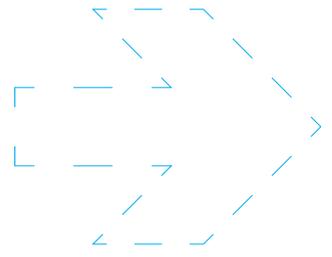
Glosario de términos

AAS	Ácido acetilsalicílico
ACV	Accidente cerebrovascular
AI	Angina inestable
AIT	Accidente isquémico transitorio
CEI	Coste Eficiencia Incremental
DM	Diabetes mellitus
FC	Frecuencia cardiaca
FRCV	Factores de riesgo cardiovascular
HTA	Hipertensión arterial
IAM	Infarto agudo de miocardio
IC	Insuficiencia cardiaca
ICP	Intervención coronaria percutánea
IR	Insuficiencia renal
IRC	Insuficiencia renal crónica
NNT	Número de pacientes que se estima es necesario tratar con el nuevo tratamiento, frente al control, para prevenir un suceso
PVL	Precio de venta laboratorio
SCA	Síndrome coronario agudo
SCACEST	Síndrome coronario agudo con elevación del ST
SCASEST	Síndrome coronario agudo sin elevación del ST
TCI	Tronco común de la coronaria izquierda





Anexo I



Análisis económico *

*Área I. Servicio Murciano de Salud

Nombre	PRASUGREL	CLOPIDOGREL	TICAGRELOR
Presentación	EFIENT 5 MG 28 COMP EFIENT 10 MG 28 COMP EFIENT 10 MG COMP	PLAVIX 75 MG COMP PLAVIX 300 MG COMP CLOPIDOGREL EFG 75 MG	BRILIQUE 90 MG 56 COMPRIMIDOS
Posología*	DC: 60 mg (6 comp de 10 mg) DM: 10 mg/día (5 mg/día si edad = 75 años o peso <60 kg)	DC: 300 mg DM: 75 mg/día	DC: 180 mg (2 comp de 90 mg) DM: 90 mg ² veces al día
Coste Unitario Hospital (PVL+IVA)	Comp 10 mg = 1,2 €	Comp 300 mg = 5,28 € Comp 75 mg = 0,48 €	Comp 90 mg = 1,11 €
Precio Unitario AP (PVP+IVA)	Comp 10 mg: 2,09 € Comp 5 mg: 1,90 € (Asumiendo 7,5% descuento RD 03/2012)	Comp 75 mg = 0,75 €	Comp 90 mg = 1,48 € (Asumiendo 7,5% descuento RD 03/2012)
Coste Hospitalario (7 días)	14,40 €	8,16 €	15,54 €
Coste AP (51 semanas)	746,13 €	267,75 €	1.056,72 €
Coste tratamiento (52 semanas)	760,53 €	275,91 €	1.072,26 €
Coste incremental respecto terapia de referencia (1 año)	+ 484,62 €	-	+ 796,35 €

Coste Eficacia Incremental: Prasugrel

Coste Eficacia Incremental (CEI). TRITON-TIMI 38. RESULTADOS A 15 MESES				
VARIABLE evaluada	Medicamento con que se compara	NNT (IC 95%)	Coste incremental a los 15 meses (A-B)	CEI (IC 95%)
1.ª Muerte CV, IM no fatal e ictus no fatal	Copidogrel	46 (32-88)	585,40 €	26.928,4 (18.732,8-51.515,2)
2.ª IM no fatal	Copidogrel	47 (33-84)	585,40 €	27.513 (19.318,2-49.173,6)

Otras VARIABLES evaluadas	Medicamento con que se compara	NNT (IC 95%)	Coste incremental a los 15 meses (A-B)	CEI (IC 95%)
2.ª Trombosis de stent	Clopidogrel	81 (65-117)	585,40 €	47.417 (38.051-68.491)

Coste Eficacia Incremental: Ticagrelor

Coste de eficacia incremental (CEI). Estudio PLATO. RESULTADOS A 12 MESES			
Variable evaluada	NNT (IC 95%)	Coste incremental (A-B)	CEI (95%)
Principal: Muerte de causa CV, IM o ACV	56 (39-113)	796,35 €	44.595 (31.057-89.987)
Secundario: Muerte por cualquier causa, IAM o ictus	54 (38-109)	796,35 €	43.002 (31.057-86.802)
Secundario: Muerte por causas vasculares, IAM, ACV, isquemia severa recurrente, isquemia recurrente, AIT u otros eventos Arteriotrombóticos	55 (34-131)	796,35 €	43.799 (27.075-104.321)
Secundario: IAM	94 (60-300)	796,35 €	74.856 (47.781-238.905)
Secundario: Muerte por causas vasculares	96 (65-224)	796,35 €	76.449 (51.762-178.382)
Secundario: Trombosis de stent	161 (106-590)	796,35 €	128.212 (84.413-469.846)

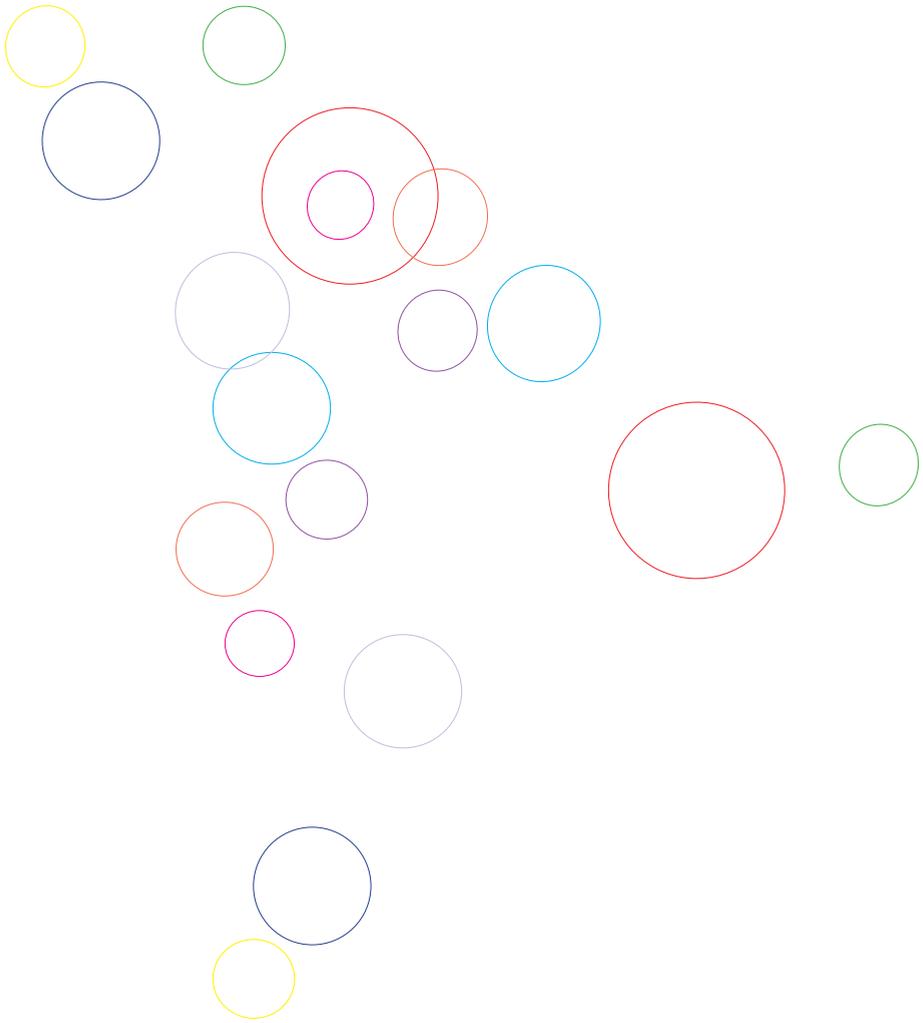
Para los subgrupos preespecificados en el estudio Pivotal PLATO, los resultados de Coste Eficacia Incremental para la variable principal serían los siguientes:

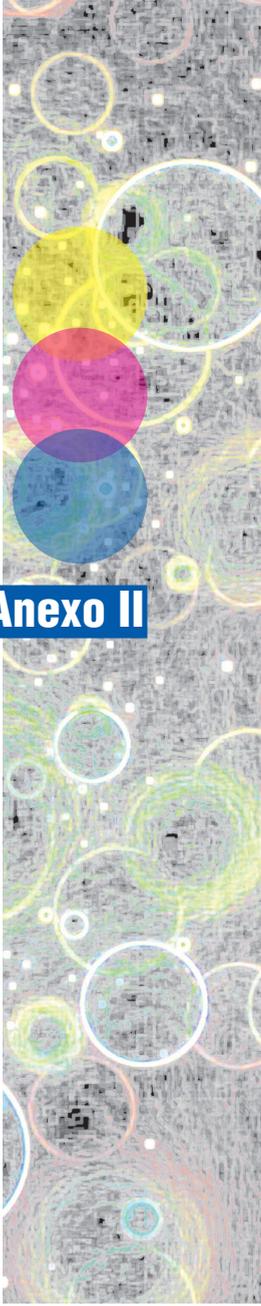
Coste de eficacia incremental (CEI) para Subgrupos del Estudio PLATO. Variable Principal de Eficacia: Muerte CV/IAM/ACV			
Subgrupo	NNT (IC 95%)	Coste incremental (A-B)	CEI (95%)
Pacientes con SCA-CEST + ICP	NP	796,35 €	-
Pacientes con Estrategia Invasiva Planificada	62 (40-165)	796,35 €	49.373 (31.854-131.397)
Pacientes sometidos a Cirugía de Bypass Aortocoronario	NP	796,95 €	-
Pacientes planificados a recibir Tratamiento no Invasivo	NP	796,35 €	

● Escenarios posibles y unidades de eficacia anuales

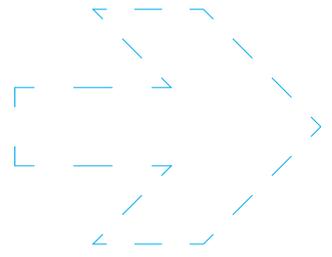
A través de la aplicación informática de explotación de datos de consumos en receta médica oficial del Servicio Murciano de Salud, se ha estimado a partir de las DDD de Clopidogrel consumidas en 2011 en el Área I, que alrededor de 2.864 pacientes recibieron tratamiento con Clopidogrel en 2011. Basándonos en esto, se ha calculado el impacto económico en este área de salud según 4 escenarios posibles:

Estimación del número de pacientes/año candidatos al tratamiento en el Área 1, coste estimado anual y unidades de eficacia anuales					
Fármaco	N.º de pacientes	Coste incremental por paciente/año	Impacto económico anual (Incremento frente a la terapia actual)	NNT	Unidades de Eficacia Anuales
TICAGRELOR	Escenario 1: 286	796,35	227.756	56	5,10
TICAGRELOR	Escenario 2: 570		455.512		10,20
TICAGRELOR	Escenario 3: 1.432		1.140.373		25,50
TICAGRELOR	Escenario 4: 2.864		2.280.746		51,14
PRASUGREL	Escenario 1: 286	484,62	138.601	47	6,08
PRASUGREL	Escenario 2: 570		276.233		12,12
PRASUGREL	Escenario 3: 1.432		693.975		30,46
PRASUGREL	Escenario 4: 2.864		1.387.951		60,93





Anexo II



Recomendaciones

Tratamiento Antiagregante en Síndrome Coronario agudo (SCA)

Grupo de Trabajo
Antiagregación en Cardiopatía Isquémica

■ 1. TRATAMIENTO SCACEST

1ª elección:

- Si Trombolisis: **AAS + Clopidogrel**
 - Si ICP Primaria: **AAS + Clopidogrel**
-

■ 1b. TRATAMIENTO SCACEST

2ª elección:

Ante situaciones modificantes puede considerarse el empleo de los nuevos fármacos antiagregantes:

■ **AAS + Ticagrelor, SI alguna de las siguientes:**

- **Trombosis de stent (con buena adherencia al tratamiento).**
- **Tratamiento previo con clopidogrel (con buena adherencia al tratamiento).**
- **Algunos casos con IRC (Acl Cr < 60 ml/m) —sin alto riesgo hemorrágico—.**
- **Pacientes seleccionados con ACV isquémico previo.**
- **ICP con anatomía coronaria de alto riesgo:**
Lesiones complejas (Largas, afectación del TCI, Bifurcaciones...).

Pero siempre que:

- * *Bajo riesgo hemorrágico.*
- * *Ausencia de contraindicaciones (Bradiarritmias, Disfunción hepática, Síncope, EPOC, Asma...).*

Y considerando los problemas de coste-eficiencia y buena adherencia al tratamiento (la posología es cada 12 horas).

■ 1b. TRATAMIENTO SCACEST

2ª elección:

Ante situaciones modificantes puede considerarse el empleo de los nuevos fármacos antiagregantes:

■ **AAS + Prasugrel, SI:**

- **Los anteriores —excepto ACV previo—, especialmente en Diabéticos y si intolerancia o contraindicación a Ticagrelor.**

Pero siempre que:

- * *Ausencia de Insuficiencia Hepática, AIT/ACV previo.*
- * *Peso Mayor de 60 Kg.*
- * *Menores de 70 años.*
- * *Bajo riesgo hemorrágico.*

Y considerando los problemas de coste-eficiencia.

■ 2. TRATAMIENTO SCASEST

1ª elección:

- **AAS + Clopidogrel**
-

■ 2b. TRATAMIENTO SCASEST

2ª elección:

- **AAS+Prasugrel**, una vez conocida la anatomía coronaria y cuando se va a realizar ICP, SI:
 - Trombosis de stent.
 - Anatomía coronaria de alto riesgo en Diabéticos:

Pero siempre que:

- * Ausencia de Disfunción Hepática, AIT/ACV previo.
- * Peso Mayor de 60 Kg.
- * Menores de 70 años.
- * Bajo riesgo hemorrágico.

Y considerando los problemas de coste-eficiencia.

■ 2b. TRATAMIENTO SCASEST

2ª elección:

■ **AAS+Ticagrelor, SI:**

- **Trombosis de stent (con buena adherencia al tratamiento).**
- **Tratamiento previo con clopidogrel (con buena adherencia al tratamiento).**
- **IRC (Acl Cr < 60). –Si bajo riesgo hemorrágico–.**
- **Pacientes seleccionados con ACV isquémico previo.**
- **ICP con anatomía coronaria de alto riesgo:**
Afectados por tronco CI.

Pero siempre que:

- * *Bajo riesgo hemorrágico.*
- * *Ausencia de contraindicaciones (Bradiarritmias, Disfunción Hepática, Síncopes, EPOC, Asma...).*

Y considerando los problemas de coste-eficiencia y buena adherencia al tratamiento (la posología es cada 12 horas).

■ 3. SITUACIONES ESPECIALES

Si alergia a AAS:

1ª elección: Clopidogrel

2ª elección: Emplear uno de los nuevos fármacos (si se dan las situaciones modificantes anteriores):

Prasugrel, (preferentemente una vez conocida la anatomía coronaria e intención de ICP) o **Ticagrelor**.

Pero ante todo, confirmar alergia y valorar desensibilización a AAS.

■ 3b. SITUACIONES ESPECIALES

En pacientes remitidos para ICP **sin dosis previa de CLOPIDOGREL:**

■ **Clopidogrel 600 mg**

○

■ **Uno de los nuevos fármacos por su inicio de acción más rápido:**

■ **Prasugrel** (en pacientes con DM o contraindicación Ticagrelor –cuando se conoce la anatomía coronaria–).

Pero siempre que:

- * Ausencia de AIT/ACV previo
- * Peso Mayor de 60 Kg
- * Menores de 70 años
- * Bajo riesgo hemorrágico

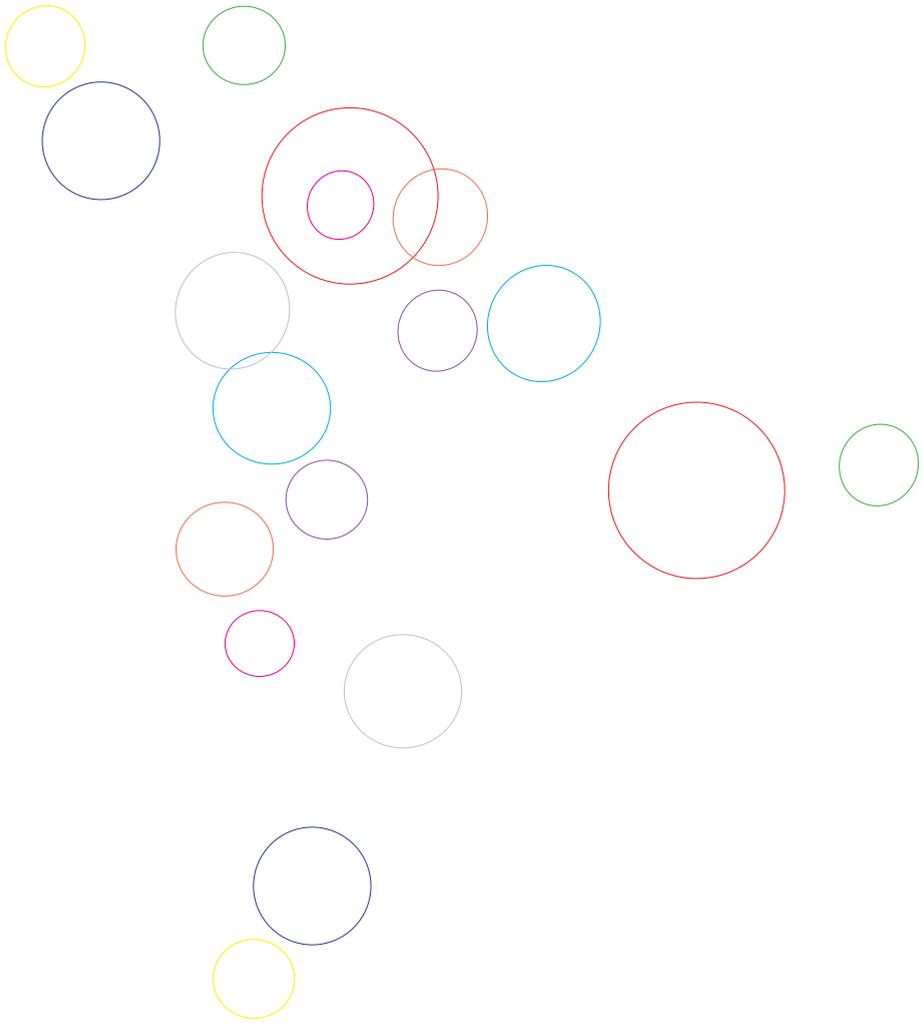
○

■ **Ticagrelor**

Pero siempre que:

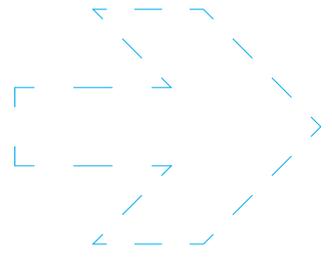
- * Bajo riesgo hemorrágico.
- * Ausencia de contraindicaciones (Bradiarritmias, Disfunción Hepática, Síncopes, EPOC, Asma...).

Adecuar la continuidad del fármaco elegido al nivel de riesgo del paciente (esquemas 1, 1b, 2 y 2b).



Grupo de trabajo





Integrantes del Grupo de trabajo Antiagregación en Cardiopatía Isquémica (julio 2012-abril 2013)

Coordinador	Eduardo Pinar Bermúdez	Coordinador Científico del Programa Integral de Atención a la Cardiopatía Isquémica. Jefe Sección Cardiología <i>Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca</i>
	Luciano Consuegra Sánchez	Médico Adjunto Servicio Cardiología <i>Hospital General Universitario Santa Lucía</i>
	Amelia de la Rubia Nieto	Jefa de Servicio Farmacia Hospitalaria <i>Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca</i>
	Francisco García Córdoba	Jefe de Servicio Medicina Intensiva <i>Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor</i>
	Ignacio Miguel Gómez Larrosa	Coordinador Médico UME 8 Águilas <i>Gerencia 061</i>
	José Antonio Hurtado Martínez	Médico Adjunto Servicio de Cardiología <i>Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca</i>
	Pedro Jara López	Jefe Sección Medicina Intensiva <i>Hospital General Universitario Morales Meseguer</i>
	José López Candel	Médico Adjunto Sección Cardiología <i>Hospital General Universitario Reina Sofía</i>
	Asensio López Santiago	Coordinador de Proyectos Estratégicos <i>Consejería de Sanidad y Política Social</i>
	María Teresa Martínez Ros	Coordinadora de Programas <i>Dirección General Asistencia Sanitaria</i>
	José Antonio Melgarejo Moreno	Jefe Sección Medicina Intensiva <i>Hospital General Universitario Santa Lucía</i>
	Elvira Navarro Pino	Médica CIEMPS <i>Consejería de Sanidad y Política Social</i>
	Silvestre Nicolás Franco	Jefe de Servicio Medicina Intensiva <i>Hospital Universitario Rafael Méndez</i>
	Victor Rausell Rausell	Jefe Servicio Gestión Farmacéutica <i>Dirección General Asistencia Sanitaria</i>
	Pascual Rodríguez García	Médico Adjunto Servicio Medicina Intensiva <i>Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca</i>
	Manuel Villegas García	Jefe de Servicio de Cardiología <i>Hospital General Universitario Santa Lucía</i>
	Rafael Zoyo Navarro	Coordinador Médico de equipos <i>Gerencia 061</i>

