

ABCIXIMAB

En síndrome coronario agudo sometido a intervencionismo percutáneo

Informe para la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital de Cabueñes
Fecha 09/06/2011

1.- IDENTIFICACIÓN DEL FÁRMACO Y AUTORES DEL INFORME

Fármaco: Abciximab

Indicación clínica solicitada: SCASEST (Síndrome coronario agudo sin elevación del ST) en pacientes con riesgo intermedio si se va a realizar angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) y en pacientes de alto riesgo cuando se realiza ICP (intervencionismo coronario percutáneo). En IAMCEST (Infarto agudo de miocardio con elevación del ST) durante el intervencionismo.

Autores / Revisores: Ana Lozano Blázquez

Tipo de informe: Original

Declaración Conflicto de Intereses de los autores: Ningún conflicto de intereses. Ver declaración en anexo al final del informe.

2.- SOLICITUD Y DATOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Servicio que efectuó la solicitud: Cardiología

Justificación de la solicitud: El único antagonista del receptor de la glucoproteína IIb-IIIa disponible en nuestro centro es el tirofiban, que no está indicado en el tratamiento del fenómeno de "no reflujo" y que en el intervencionismo del IAMCEST con alta carga trombótica tiene una indicación IIB nivel B (no recomendado). En el intervencionismo SCASEST se recomienda el uso de abciximab en lugar de tirofiban.

Fecha recepción de la solicitud: 24-02-2011

Petición a título: Consenso

3.- AREA DESCRIPTIVA DEL MEDICAMENTO

Nombre genérico: Abciximab

Nombre comercial: Reopro®

Laboratorio: Centocor

Grupo terapéutico. Denominación: Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluida heparina

Código ATC: B01AC

Vía de administración: intravenosa

Tipo de dispensación: Uso hospitalario

Vía de registro: Reconocimiento mutuo (Reino Unido)

Presentaciones y precio

| Forma farmacéutica y dosis | Envase de x unidades | Código | Coste por unidad PVP con IVA (1) | Coste por unidad PVL con IVA |
|----------------------------|----------------------|--------|----------------------------------|------------------------------|
| vial 2 mg/mL (5 mL) | 1 | 686584 | | 248,27 € |

(1) Apartado para cumplimentar sólo en medicamentos con posible impacto en el área de atención primaria.

4.- AREA DE ACCIÓN FARMACOLÓGICA¹.

4.1 Mecanismo de acción.

Abciximab es el fragmento Fab del anticuerpo monoclonal quimérico murino-humano 7E3. Está dirigido contra el receptor de glicoproteína (GP) IIb/IIIa localizado en la superficie de las plaquetas humanas. Abciximab inhibe la agregación plaquetaria evitando la unión del fibrinógeno, del factor von Willebrand y de otras moléculas adhesivas a las zonas del receptor GPIIb/IIIa en las plaquetas activadas. Abciximab también se une al receptor de vitronectina encontrado en las plaquetas y en las células endoteliales.

4.2 Indicaciones clínicas formalmente aprobadas y fecha de aprobación

AEMyPS:

Abciximab está indicado como tratamiento en asociación con heparina y ácido acetilsalicílico en:

1. Intervención coronaria percutánea: Prevención de complicaciones cardíacas isquémicas en pacientes que son sometidos a intervención coronaria percutánea (angioplastia con balón, aterectomía y colocación de un stent).
2. Angina inestable: Reducción a corto plazo (un mes) del riesgo de infarto de miocardio en pacientes con angina inestable sin respuesta a tratamiento médico convencional, programados para una intervención coronaria percutánea. (julio 1995).

FDA:

1. Intervención coronaria percutánea para la prevención de complicaciones cardíacas isquémicas en pacientes que son sometidos a intervención coronaria percutánea.
2. En pacientes con angina inestable sin respuesta a tratamiento médico convencional, programados para una intervención coronaria percutánea dentro de las 24 horas siguientes (mayo 1997).

4.3 Posología, forma de preparación y administración.

La dosis recomendada de Abciximab es de 0,25 mg/kg en bolo intravenoso inmediatamente seguido de una perfusión intravenosa continua de 0,125 mcg/kg/min (hasta un máximo de 10 mcg/min).

Para la estabilización de pacientes con angina inestable, la dosis en bolo seguida de la perfusión debe comenzarse en las 24 horas antes de la posible intervención y se debe suspender 12 horas después de la intervención.

Para la prevención de complicaciones cardíacas isquémicas en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea, y que actualmente no están recibiendo una perfusión de Abciximab, el bolo debería administrarse de 10 a 60 minutos antes de la intervención seguida de la perfusión durante 12 horas.

4.4 Farmacocinética.

Las concentraciones plasmáticas libres de Abciximab disminuyen muy rápidamente después de la administración en bolo intravenoso con una vida media inicial de menos de 10 minutos y una segunda vida media de aproximadamente 30 minutos, probablemente relacionada con su rápida unión a los receptores plaquetarios GPIIb/IIIa. En general, la función plaquetaria se recupera a las 48 horas, aunque Abciximab permanece en la circulación, unido a las plaquetas, durante 15 días o más. La administración intravenosa de un bolo de 0,25 mg/kg de Abciximab, seguido de la perfusión continua de 10 mcg/min (o una perfusión ajustada al peso de 0,125 mcg/kg/min hasta un máximo de 10 mcg/min), se asocia a concentraciones plasmáticas libres relativamente constantes durante la perfusión. Al concluir el periodo de perfusión, la concentración plasmática libre desciende rápidamente durante aproximadamente seis horas y después disminuye más lentamente.

4.5 Características comparadas con otros medicamentos con la misma indicación disponibles en el Hospital.

| Características comparadas con otros medicamentos similares | | |
|---|--|--|
| Nombre | Abciximab | Tirofiban |
| Presentación | Vial 10 mg/5 mL | Bolsa 0,05 mg/mL 250 mL |
| Posología | 0,25 mg/kg en bolo intravenoso inmediatamente seguido de una perfusión intravenosa continua de 0,125 mcg/kg/min el bolo se administrará de 10 a 60 minutos | vía intravenosa a una velocidad inicial de perfusión de 0,4 mcg/kg/min durante 30 minutos. Al terminar la perfusión inicial, continuar a una velocidad de perfusión de |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | antes de la intervención seguida de la perfusión durante 12 horas. | mantenimiento de 0,1 mcg/kg/min. |
| Características diferenciales | t1/2: 30 min propiedades antigénicas Normalización función plaquetaria: días No ajuste de dosis en I.renal | t1/2: 2 h no antigénico Normalización función plaquetaria: 4-8 h Ajuste de dosis en I.renal |

5.- EVALUACIÓN DE LA EFICACIA.

5.1 Ensayos clínicos disponibles para la indicación clínica evaluada

Al tratarse de un medicamento de registro antiguo del que no se tienen datos de los ensayos pivotales se hace una búsqueda de las revisiones y metaanálisis sobre él en las dos patologías en las que se solicita. Se muestran los ensayos clínicos evaluados en la mayoría de las revisiones.

5.2.a Resultados de los ensayos clínicos

SCASEST

Tabla 3.1

| Variable compuesta: muerte, infarto de miocardio, revascularización urgente a los 30 días | | | | | |
|--|--|--|--|--------|--|
| Resultados variables binarias | | | | | |
| Referencias | Trat estudiado (nº pac)** | Trat control (nº pac)** | Variable compuesta | p | |
| EPIC (1994) ² | Abciximab bolus (168) Abciximab bolus y perfusión (165) | placebo (156) | 8,3% abciximab vs 12,8% placebo | 0,008 | Abc mayor tasa de sangrado mayor y mas transfusiones de CH y plaquetas |
| EPILOG (1997) ³ | Abciximab+ bajadosis de heparina (935) Abciximab+dosis standard de heparina (918) | placebo+dosis standard de heparina (939) | 5,2% abc+ bajadosis hep vs 5,4% abc+stand dosis hep vs 11,7% placebo | <0,001 | No diferencias en sangrado mayor, trombocitopenia más común con abc |
| CAPTURE (1997) ⁴ | Abciximab (630) | placebo (635) | 11,3% abciximab vs 15,9% placebo | 0,012 | Abc más sangradomayor, menor y necesidad de transfusiones |
| EPISTENT (1998) ⁵ | Stent+abciximab (794) abciximab+ACTP (796) | placebo (809) | 5,3% stent+abc vs 6,9% abc+ACTP 10,8% stent+placebo | 0,007 | |
| TARGET (2001) ⁶ | Abciximab (2411) | tirofiban (2398) | 6% abciximab vs 7,6% tirofiban | 0,038 | 2/3 pacientes tenían SCA, en estos pacientes, aumenta el riesgo de la variable combinada al usar tirofiban |

IAMCEST

Tabla 3.1

| Variable compuesta: muerte, infarto de miocardio, revascularización urgente | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|-----------------|--|
| Resultados variables binarias | | | | | |
| Referencias | Trat estudiado (nº pac)** | Trat control (nº pac)** | Variable compuesta | p | |
| RAPPORT(1998) ⁷ | Abciximab (241) | Placebo (242) | 28,1% abciximab vs 28,2% placebo a los 6 meses | NS | |
| ADMIRAL (2001) ⁸ | Abciximab+ STENT (151) | placebo (149) | 6% abciximab vs 14,6% placebo a los 30 días | 0,01 | |
| ACE (2003) ⁹ | Abciximab+ STENT (200) | Stent (200) | 4,5% abciximab vs 10,5% stent | 0,023 | |
| CADILLAC(2002) ¹⁰ | Stent+abciximab (524) abciximab+ACTP (528) | Stent+placebo (512) Placebo+ACTP | 11,5% stent vs 16,5% abc+ACTP 10,2% STENT+ABC vs 20% | <0,03 <0,001 | |

| | | | | | |
|--|--|-------|--|---------|--|
| | | (518) | ACTP+placebo 10,2% STENT+ABC vs 16,5% ACTP+ABC alos 6 meses | p<0,004 | |
|--|--|-------|--|---------|--|

5.3 Revisiones sistemáticas publicadas y sus conclusiones

IAMCEST:

De Luca et al¹¹ Este metaanálisis concluye que abciximab se asocia a una reducción significativa de la mortalidad a los 30 días y a largo plazo en los pacientes con angioplastia primaria pero no en los que reciben fibrinólisis. La tasa de reinfarto a los 30 días se reduce significativamente tanto en los de reinfarto como en los de fibrinólisis. Se asocia un alto riesgo de complicaciones mayores hemorrágicas con el abciximab cuando se asocia a fibrinólisis.

5.4 Evaluación de fuentes secundarias

-Guías de Práctica clínica

SCASEST

*ESC Guidelines*¹² en pacientes de alto riesgo no tratados previamente con inhibidores de GP IIb/IIIa y que se les vaya a hacer ICP, se recomienda abciximab inmediatamente tras la angiografía (recomendación I-A). El uso de eptifibatida y tirofiban en esta situación está menos establecido (IIa-B). En pacientes en los que se vaya a realizar ICP dentro de las siguientes 24 horas, la evidencia más segura es abciximab (IIa-B).

*ACCF/AHA Guidelines*¹³ abciximab está indicado sólo si no hay retraso en angiografía y el ICP se va a realizar, sino habría de usarse eptifibatida y tirofiban (nivel de evidencia B). Abciximab no se debe administrar a pacientes en los que no se vaya a realizar ICP (nivel de evidencia A).

IAMCEST

*ESC Guidelines*¹⁴: Abciximab es el inhibidor de GP IIb/IIIa con mayor nivel de evidencia y grado de recomendación (IIa A) dentro de la terapia antiplaquetaria del ICP.

6. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD.

6.1. Descripción de los efectos adversos más significativos (por su frecuencia o gravedad)

Los acontecimientos adversos más frecuentes son hemorragia, dolor lumbar, hipotensión, náuseas, dolor torácico, vómitos, cefalea, bradicardia, fiebre (pirexia), dolor en el lugar de punción y trombocitopenia.

Han sido comunicados raramente taponamiento cardiaco, hemorragia pulmonar (principalmente alveolar) y síndrome de distrés respiratorio del adulto.

Los acontecimientos adversos descritos en la tabla están basados en la experiencia de ensayos clínicos. Según clasificación de órganos del sistema, los acontecimientos adversos se detallan bajo encabezados de frecuencia utilizando las siguientes categorías: frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raros ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$).

| | | |
|--|--|---|
| Trastornos del sistema linfático y sanguíneos | Frecuentes | Trombocitopenia |
| Trastornos cardiacos | Frecuentes Raras | Bradicardia Taponamiento cardiaco |
| Trastornos gastrointestinales | Frecuentes | Náusea, vómito |
| Trastornos generales y condiciones del lugar de administración | Frecuentes | Dolor torácico, pirexia, dolor zona de punción |
| Trastorno del sistema inmune | Raras | Hipersensibilidad/reacciones alérgicas |
| Trastornos del tejido conectivo y músculoesquelético | Frecuentes | Dolor lumbar |
| Trastornos del sistema nervioso | Frecuentes | Cefalea |
| Trastornos mediastínicos torácicos y respiratorios | Raros | Síndrome de distrés respiratorio del adulto |
| Trastornos vasculares | Frecuentes Poco frecuentes Raros | Hemorragia, hipotensión Hemorragia intracraneal Hemorragia pulmonar |

6.4. Precauciones de empleo en casos especiales

Precauciones

-Pediatria

no está recomendado para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años debido a la falta de datos de seguridad y eficacia.

-Embarazo

No se han realizado estudios de reproducción en animales con abciximab. Tampoco se conoce si abciximab puede producir daño fetal cuando se administra a mujeres gestantes o si puede afectar la capacidad de reproducción. No debe de administrarse abciximab durante el embarazo a no ser que sea claramente necesario.

Se debe interrumpir la lactancia de niños en madres lactantes dado que no se ha investigado la excreción de abciximab en la leche animal y humana.

-Ancianos

No se han realizado estudios en pacientes mayores de 80 años.

-Insuficiencia Renal

Los efectos beneficiosos pueden disminuir en pacientes con enfermedad renal. El uso de abciximab en pacientes con fallo renal grave sólo puede tenerse en cuenta después de una cuidadosa valoración de los riesgos y beneficios. Puesto que el riesgo potencial de hemorragias está aumentado en pacientes con enfermedad renal grave, los pacientes deben ser monitorizados con más frecuencia por el riesgo de hemorragias. En el caso de que se produzca una hemorragia grave, deberá contemplarse la transfusión de plaquetas para reestablecer la función plaquetaria. Además deberán tenerse en cuenta las precauciones para evitar hemorragias descritas anteriormente.

El uso de abciximab en pacientes sometidos a diálisis está contraindicado.

- *Hemorragia*: Para evitar hemorragias en el lugar de acceso a la arteria femoral:

- inserción del introductor en la arteria femoral: cuando sea posible colocar únicamente un introductor arterial para acceso vascular (no utilizar un introductor venoso), funcionar únicamente la pared anterior de la arteria o vena cuando se establezca el acceso vascular, no se aconseja en absoluto el uso de una técnica muy exhaustiva para identificar la estructura vascular.
- Mientras el introductor arterial femoral está colocado: comprobar el lugar de inserción del introductor y los pulsos distales de la pierna afectada cada 15 min durante 1 h, posteriormente cada hora durante 6 horas, mantener reposo en cama absoluto con la cabecera inclinada hasta un máximo de 30°, mantener la pierna afectada extendida mediante una sábana, administrar medicamentos para el dolor lumbar o inguinal según necesidad.
- Retirada del introductor de la arteria femoral: interrumpir la administración de heparina al menos 4 h antes de retirar el introductor arterial, comprobar el TTPA o TCA antes de retirar el introductor femoral, no retirar el introductor a no ser que el TTPA sea $> \acute{o} = a$ 50 segundos ó el TCA $> \acute{o} =$ de 175 segundos, presionar en el lugar de acceso durante al menos 30 min después de retirar el introductor mediante compresión manual ó dispositivo mecánico, colocar el vendaje opresivo después de haberse logrado la hemostasia.
- Después de la retirada del introductor arterial femoral: inspeccionar la zona inguinal para descartar hematoma o sangrado y comprobar los pulsos distales cada 15 min durante la primera hora ó hasta que la situación se estabilice, posteriormente realizar comprobaciones cada hora, mantener el reposo completo en cama con la cabecera inclinada hasta un máximo de 30° y con la pierna afectada en posición extendida durante 6-8 h siguientes a la retirada del introductor femoral, las 6-8 h siguientes a la interrupción del tratamiento con abciximab o las 4 h siguientes a la interrupción de la heparina, eligiendo el periodo que sea más largo, retirar el vendaje compresivo antes de reiniciar la deambulaci3n. Mantener la medicaci3n destinada al alivio de las molestias. Controlar la formaci3n de hematomas o del sangrado en la zona de acceso femoral.

- *Hemorragia retroperitoneal*: Hay un incremento de hemorragias retroperitoneales asociado a la punci3n vascular femoral. Se debe minimizar el uso de introductores venosos y, cuando se establezca el acceso vascular, solamente se deberia puncionar la pared anterior de la arteria o vena.

- *Profilaxis de hemorragia gastrointestinal:* Debido al mayor riesgo de hemorragia deben guardarse precauciones en úlcera séptica. Los pacientes deben ser previamente tratados con antagonistas de los receptores H2-histamínicos ó antiácidos líquidos. Los antieméticos deben administrarse según las necesidades del paciente.

- *Cuidados de enfermería:* A no ser que sea necesario, se deben evitar las punciones venosas y arteriales, las inyecciones intramusculares, el uso rutinario de sondas urinarias, la intubación nasotraqueal, las sondas nasogástricas y los manguitos de presión arterial automáticos. Cuando se vaya a obtener una vía venosa, se deberían evitar las no compresibles (p.ej.: la subclavia o yugular). Considerar el cierre de la conexión de salino o heparina para la extracción de sangre. Documentar y controlar los lugares de punción vascular. Cambiar los apósitos con sumo cuidado.

- *Reacciones de hipersensibilidad:* Existen datos limitados sobre la readministración. En 5%-6% de los pacientes aparecen anticuerpos antiquméricos humanos (AACH), generalmente a títulos bajos, después de la administración única de abciximab. Parece que los anticuerpos monoclonales frente a otros anticuerpos humanos no reaccionan de forma cruzada con abciximab. No se puede excluir la posibilidad de reacciones de hipersensibilidad, o de un menor beneficio, cuando se administre a pacientes que hayan recibido con anterioridad tratamientos con anticuerpo monoclonal.

Contraindicaciones:

-No debe administrarse abciximab a pacientes con hipersensibilidad conocida a abciximab, a cualquier componente del producto, a anticuerpos monoclonales murinos o a papaína. Pueden estar presentes trazas de papaína resultantes del proceso de producción.

-Dado que la inhibición de la agregación plaquetaria aumenta el riesgo de sangrado, abciximab está contraindicado en las siguientes situaciones clínicas: sangrado interno activo; historia de accidente cerebrovascular durante los dos años previos; traumatismo o cirugía intrarraquídea o intracraneal reciente (dos meses previos); cirugía mayor reciente (dos meses previos); neoplasia intracraneal; aneurisma o malformación arteriovenosa; diátesis hemorrágica conocida o hipertensión no controlada severa; trombocitopenia preexistente; vasculitis; retinopatía hipertensiva; insuficiencia hepática severa.

-Puesto que sólo hay datos limitados disponibles, el uso de abciximab en pacientes con fallo renal grave que requieren hemodiálisis está contraindicado.

Interacciones:

- Terapia concomitante: Inhibe la agregación plaquetaria, por lo que se debe tener precaución siempre que se administren otros medicamentos que afecten la hemostasia como heparina, anticoagulantes orales como warfarina, trombolíticos y antiagregantes plaquetarios diferentes a aspirina como el dipiridamol, ticlopidina o dextranos de bajo peso molecular.

7. AREA ECONÓMICA

7.1-Coste tratamiento / día y coste del tratamiento completo.Coste incremental.
Comparación con la terapia de referencia o alternativa a dosis usuales.

| Comparación de costes del tratamiento evaluado frente a otra/s alternativa/s | | |
|--|--|--|
| | Abciximab 50 mg vial (Reopro®) | Tirofiban 12,5 mg bolsa (Agrastat®) |
| Precio unitario (PVL+IVA) * | 248,27 € | 171,6 € |
| Posología | 0,25 mg/kg en bolo intravenoso inmediatamente seguido de una perfusión intravenosa continua de 0,125 mcg/kg/min el bolo se administrará de 10 a 60 minutos antes de la intervención seguida de la perfusión durante 12 horas. | vía intravenosa a una velocidad inicial de perfusión de 0,4 mcg/kg/min durante 30 minutos. Al terminar la perfusión inicial, continuar a una velocidad de perfusión de mantenimiento de 0,1 mcg/kg/min hasta 12-24h después. |
| Coste tratamiento completo o tratamiento/año | 248,27 € | 171,6€-343,2 € |

8.- AREA DE CONCLUSIONES.

8.1 Resumen de los aspectos más significativos y propuesta.

- Abciximab ha demostrado en los ensayos clínicos su eficacia como tratamiento antiagregante para prevenir las complicaciones tromboembólicas asociadas a la ACTP en pacientes que presentan algún evento isquémico coronario agudo: SCASEST o IAMCEST. Abciximab se considera el fármaco de referencia dentro de los inhibidores de GP IIb/IIIa.
- En cuanto a los efectos secundarios, el riesgo de hemorragia parece mayor con abciximab que con el resto de inhibidores de GP IIb/IIIa. Además puede desarrollar anticuerpos que podrían reducir su efecto.
- El coste es similar a la de otros agentes de su grupo.

-La propuesta de los autores del informe es que sea se incluya en la Guía con las propuestas por el Servicio de Cardiología:

SCASEST

- Grupos de riesgo intermedio: abciximab durante el cateterismo si se va a realizar ACTP
- Grupos de alto riesgo: Anti IIb/IIa
 - Tirofiban solo si presenta isquemia pese al tratamiento y no se puede realizar ICP inmediata
 - Abciximab si no está pretratado, iniciar durante el ICP, o si se va a realizar ICP antes de 12-24 h.

IAMCEST

- Abciximab se iniciará en la sala de hemodinámica durante el intervencionismo

EVALUACIÓN: Conclusiones finales

[Nota: cumplimentar después de finalizar el informe de evaluación](#)

Fecha de evaluación por la CFyT: 15/06/2011

Fecha de notificación: 21/07/2011

“Decisión adoptada por la CFyT” :Incluir en la Guía Farmacoterapéutica

En caso de condiciones de uso o restricciones, indicar:

SCASEST

- Grupos de riesgo intermedio: abciximab durante el cateterismo si se va a realizar ACTP
- Grupos de alto riesgo: Anti IIb/IIa
 - Abciximab si no está pretratado, iniciar durante el ICP, o si se va a realizar ICP antes de 12-24 h.

IAMCEST

- Abciximab se iniciará en la sala de hemodinámica durante el intervencionismo

ANEXO

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES/REVISORES DE LA EVALUACIÓN

Los autores/revisores de este informe, Ana Lozano Blázquez declara:

-No tener ningún contrato con las compañías farmacéuticas que tienen registrado el medicamento que se evalúa, ni tampoco con los laboratorios que compiten comercialmente con el mismo.

-No beneficiarse de ninguna beca o ayuda por parte de dichas compañías.

-No tener ninguna otra relación personal, comercial o profesional que pueda influir en la valoración objetiva y científica del medicamento

Nombre, fecha y firma:

-Hacer constar en caso de no cumplir alguno de estos requisitos anteriores
-Hacer constar si se participa como investigador en un ensayo clínico cuyo promotor es el laboratorio cuyo medicamento que se evalúa.

Instrucciones "Declaración de conflicto de intereses":

-Se consideran contrato, becas y ayudas:

- De importe superior a 2.000 € anuales
- Vigentes en la actualidad y en el periodo de un año anterior a la fecha de la declaración.
- Contratos para actividades promocionales de los laboratorios como por ejemplo participación como ponente en mesas redondas, simposiums y presentaciones de nuevos medicamentos organizadas por las compañías farmacéuticas
- Cualquier tipo de beca o ayuda financiada por el laboratorio de forma directa.
- Cualquier otra relación que los autores consideren de interés declarar

-No se consideran para la declaración de conflicto de intereses

- Ayudas puntuales para asistencia a cursos y congresos
- Participación como ponente en actividades docentes y científicas organizadas por sociedades científicas

9.- BIBLIOGRAFÍA.

¹ Ficha técnica Reopro®. Disponible en:

<https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=60660&formato=pdf&formularjo=FICHAS>

²Lincoff AM, Califf RM, Anderson KM, Weisman HF, Aguirre FV, Kleiman NS, Harrington RA, Topol EJ. Evidence for prevention of death and myocardial infarction with platelet membrane glycoprotein IIb/IIIa receptor blockade by abciximab (c7E3 Fab) among patients with unstable angina undergoing percutaneous coronary revascularization. EPIC Investigators. Evaluation of 7E3 in Preventing Ischemic Complications. J Am Coll Cardiol 1997;30:149-156.

³EPILOG Investigators. Platelet glycoprotein IIb/ IIIa receptor blockade and low dose heparin during percutaneous coronary angioplasty. N Engl J Med 1997;336:1689-96.

⁴CAPTURE Investigators. Randomised placebo-controlled trial of abciximab before and during coronary intervention in refractory unstable angina: the CAPTURE Study. Lancet 1997;349:1429-1435.

⁵EPISTENT Investigators. Randomised placebo-controlled and balloon-angioplasty-controlled trial to assess safety of coronary stenting with use of platelet glycoprotein-IIb/IIIa blockade. The EPISTENT Investigators. Evaluation of Platelet IIb/IIIa Inhibitor for Stenting. Lancet 1998;352:87-92.

⁶Topol EJ, Moliterno DJ, Herrmann HC, Powers ER, Grines CL, Cohen DJ, Cohen EA, Bertrand M, Neumann FJ, Stone GW, DiBattiste PM, Demopoulos L. Comparison of two platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors, tirofiban and abciximab, for the prevention of ischemic events with percutaneous coronary revascularization. N Engl J Med 2001; 344:1888-1894.

⁷Brener SJ, Ban LA, Burchenal JEB, et al; RAPPORT Investigators. Randomized, placebo-controlled trial of platelet glycoprotein IIb/IIIa blockade with primary angioplasty for acute myocardial infarction. Circulation 1998;98:734-741.

⁸Montalescot G, Barragan P, Wittemberg O, et al. Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibition with coronary stenting for acute myocardial infarction. N Eng J Med 2001;344:1895-1903.

⁹Antoniucci D, Rodriguez A, Hempel A, et al. A randomised trial comparing primary infarct artery stenting with or without abciximab in acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2003;42:1879-1885.

¹⁰Stone G, Grines CL, Cox AD, et al; Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) Investigators. Comparison of angioplasty with stenting with or without abciximab, in acute myocardial infarction. N Engl J Med 2002;346:957-966.

¹¹De Luca G, Suryapranata H, Stone GW, Antoniucci D, Tchong JE, Neumann FJ, et al. Abciximab as adjunctive therapy to reperfusion in acute ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. JAMA 2005;293:1759-65.

¹²Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2007;28(13):1598-660.

¹³Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline). Circulation. 2011;123(18):e426-579.

¹⁴Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, Filippatos G, Fox K, Huber K, Kastrati A, Rosengren A, Steg PG, Tubaro M, Verheugt F, Weidinger F, Weis M. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. European Heart Journal 2008; 29: 2909-2945.