

IV curso

GIMUR

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**



CÓDIGO INFARTO

“Abordaje del Tratamiento Urgente del Paciente con SCA”

Marisol Samartín Ucha

F.E.A Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

ORGANIZA:



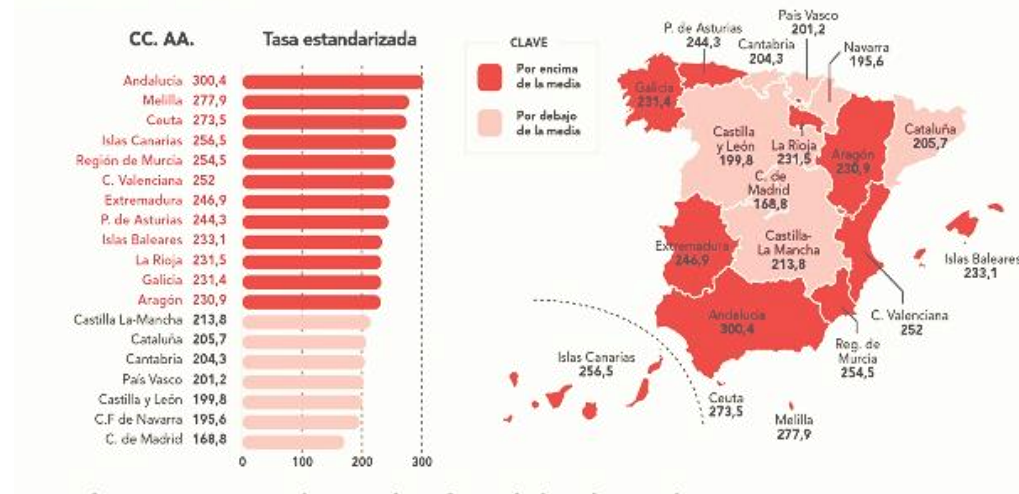


SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Un total de 120.859 personas murieron en España en 2018 como consecuencia de alguna enfermedad cardiovascular

Tasa media estandarizada de mortalidad cardiovascular 2018: 230,5*

*230,5 muertes por cada 100.000 habitantes



Fundación Española del Corazón, 2020. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/3496-el-sur-de-espana-y-levante-encabezan-la-mortalidad-cardiovascular-del-pais.html>

curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE

La tasa total de mortalidad es del 50% en el primer mes, y alrededor de la mitad de estas muertes ocurren durante las primeras 2 horas y antes de llegar al hospital.



- INTERVENCIÓN SANITARIA PRECOZ
- REPERFUSIÓN CORONARIA URGENTE

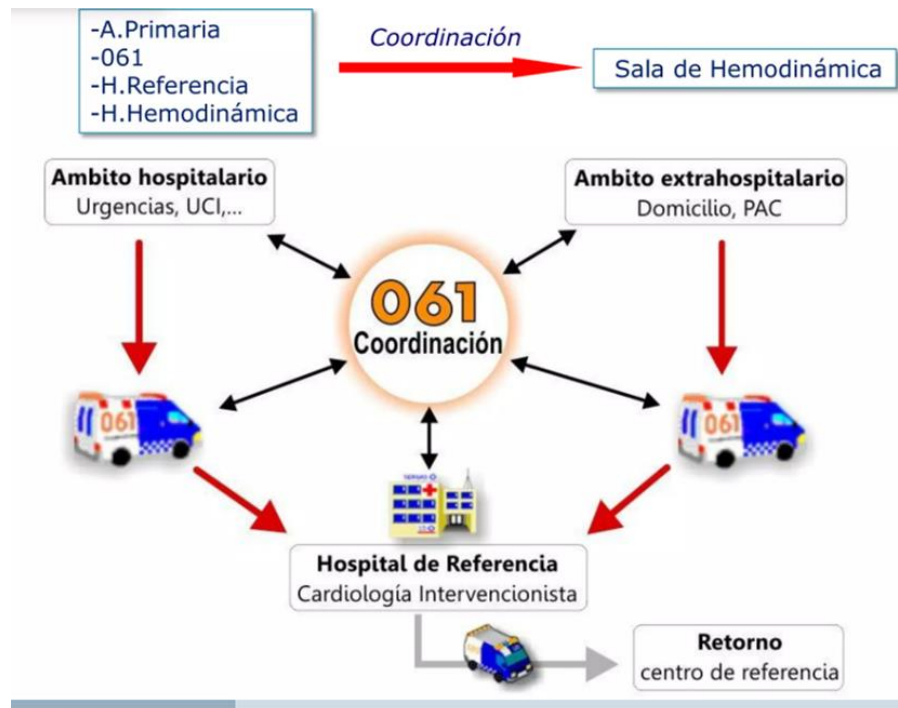
“SALVAR EL MIOCARDIO”: Mejora la morbimortalidad

....ETC!





ELEMENTOS CLAVE: COORDINACIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ



X/a curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

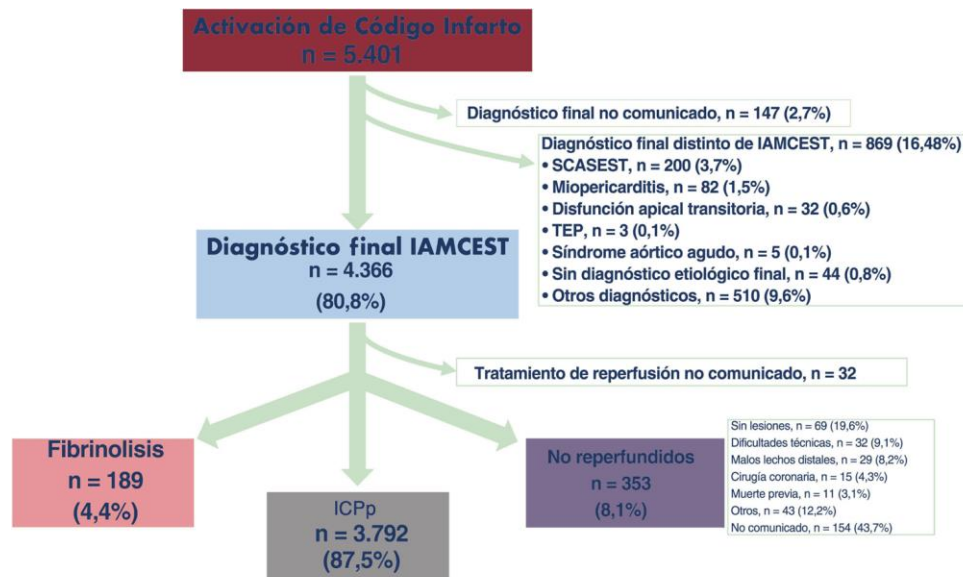
ORGANIZA:





REGISTRO CÓDIGO INFARTO

17 redes de Código Infarto en España (83 centros con Código Infarto) entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2019



Rev Esp Cardiol. 2022;75:689-90

Oriol Rodríguez L. Análisis de la atención al infarto con elevación del segmento ST en España. Resultados del Registro de Código Infarto de la ACI-SEC. Rev Esp Cardiol. 2023;76:57610.1016/j.recresp.2022.11.001.

X/a curso

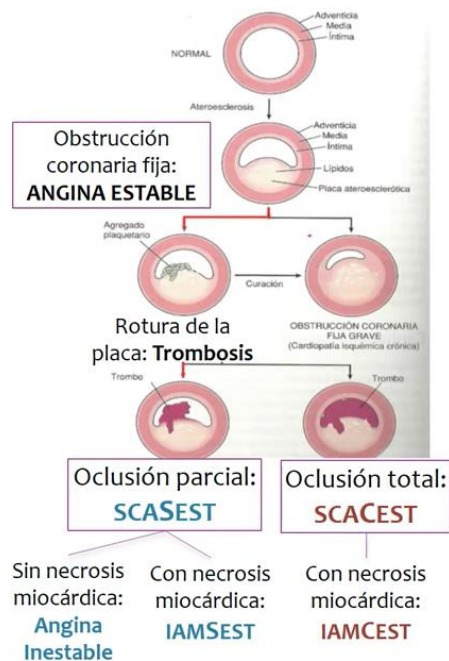
**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SCA



The ACS spectrum					
	Oligo/asymptomatic	Increasing chest pain/symptoms	Persistent chest pain/symptoms	Cardiogenic shock/acute heart failure	Cardiac arrest
Clinical presentation					
ECG findings	Normal 	ST segment depression 	ST segment elevation 	Malignant arrhythmia 	
Working diagnosis	NSTE-ACS			STEMI	
hs-cTn levels	Non-elevated 			Rise and fall 	
Final diagnosis	Unstable angina		NSTEMI		STEMI

“SCA=BANDA O ESPECTRO”

curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





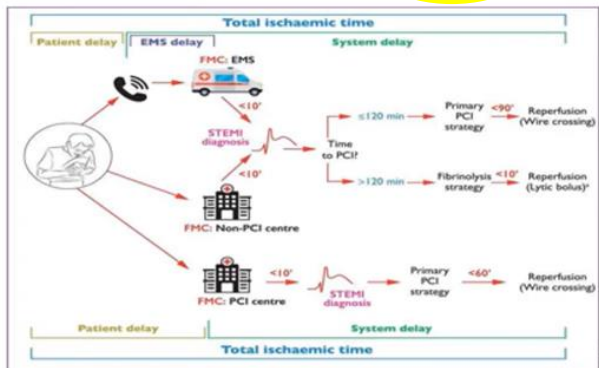
ESTRATEGIA TERAPÉUTICA: CÓDIGO INFARTO

SCA^CEST

ESTRATEGIA INVASIVA

¿ICP ó fibrinolisis?

Siempre **ICP**, excepto si >120 min



SCA^SEST

¿ESTRATEGIA INVASIVA O CONSERVADORA?

ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES

Primarios

Cambios relevantes de la troponina
Cambios dinámicos en ST o en T
Puntuación en la escala GRACE > 140

Secundarios

Diabetes mellitus
Insuficiencia renal
FEVI < 40%
Angina tras infarto precoz
ICP reciente
Cx de revascularización coronaria previa
Puntuación en la escala GRACE ≥ 109

ESTRATEGIA INVASIVA

1 VASO: ICP

MULTIVASO: Cx

curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:





CÓDIGO INFARTO: Tratamiento Inicial

Sólo si HIPOXEMIA

NO DAR: HipoTA, Bradicardia, Taquicardia, Estenosis Aórtica o IPPDE 5 (<24-48h)



Morfina

Buprenorfina o Naibufina | Dolor precordial no controlado*



Solo si $SO_2 < 95\%$ | 3lpm | Primeras 6h



Nitroglicerina

sublingual 0.4 mg cada 5 minutos con un máximo de 3 dosis.



Aspirina

160 - 325mg sin capa entenca



ORGANIZA:



redfaster
Grupos de trabajo de Atención
Especializada en Urgencias de la red



CÓDIGO INFARTO: Tratamiento de Elección



Wcurso

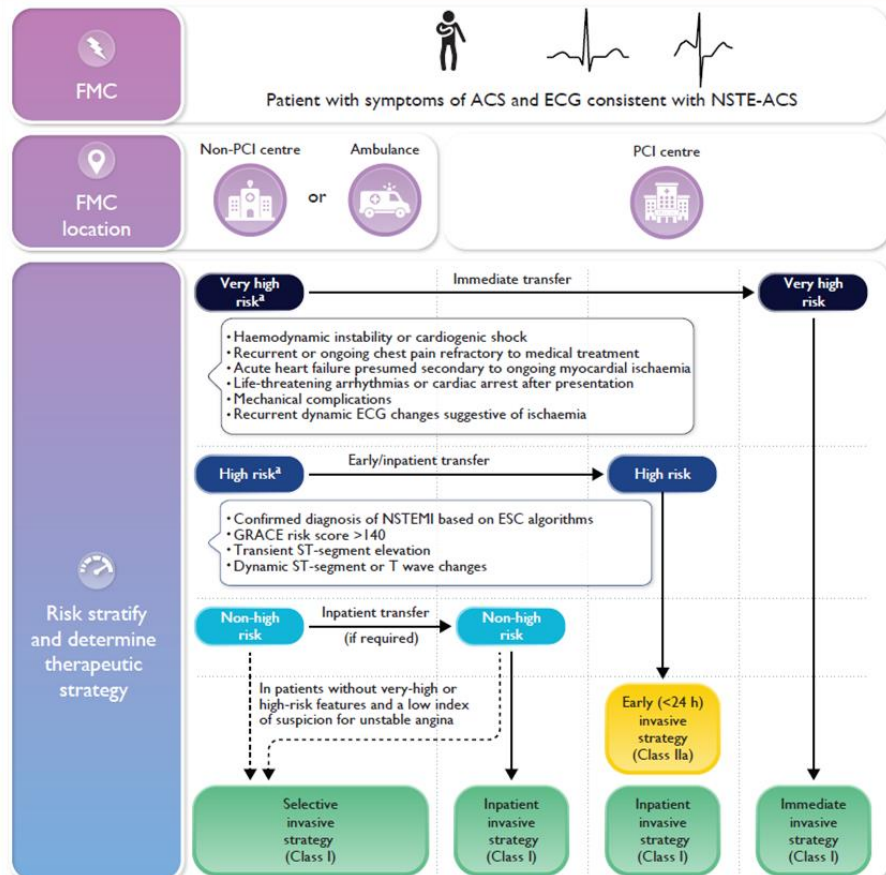
**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





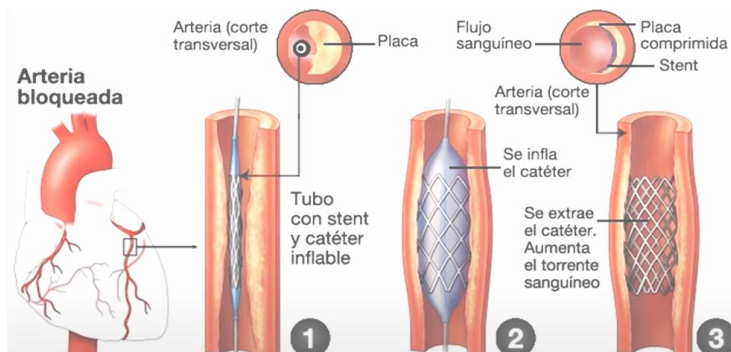
CÓDIGO INFARTO: Estrategia de





CÓDIGO INFARTO: Estrategia de Revascularización

Intervención Percutánea Coronaria



OBJETIVO: Salvar el tejido miocárdico

- Acceso radial (menos riesgo de sangrado)
- Stent Farmacoactivo (Selección del Tamaño)
- No aspiración del trombo

PROBLEMA: Estenosis
(fundamental DOBLE ANTIAGREGACIÓN)

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal (2023) 00, 1-107

X/curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:





CÓDIGO INFARTO: Estrategia de Revascularización

Fibrinólisis Farmacológica

OBJETIVO: Salvar el tejido miocárdico

Estreptoquinasa	1,5MUI IV durante 30-60 min	CONTRAINDICACIONES: • Trastorno hemorrágico significativo actual o durante los últimos 6 meses • Pacientes que reciben tratamiento efectivo con anticoagulantes orales, • Antecedentes de lesión del sistema nervioso central (es decir, neoplasia, aneurisma, cirugía intracraneal o espinal) • Diátesis hemorrágica conocida • Cirugía mayor, biopsia de un órgano parenquimatoso o traumatismo significativo durante los últimos 2 meses (incluyendo cualquier traumatismo asociado con el IAM actual) • Pericarditis aguda y/o endocarditis bacteriana subaguda. • Pancreatitis aguda. Disfunción hepática grave. • Úlcera péptica activa • Aneurisma arterial • Neoplasia con riesgo aumentado de hemorragia • Cualquier antecedente conocido de ictus hemorrágico
Alteplasa	Bolo de 15 mg, 0.75 mg/kg en 30 min (hasta máximo de 50 mg) seguido de 0.50 mg/kg en 60 min (hasta máximo de 35 mg) <u>Antes de 6h del inicio de síntomas</u>	
Tenecteplasa	Bolo IV único, según peso entre 30 mg a 90 mg <u>Lo antes posible después de la aparición de los síntomas</u>	

X/curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:





CÓDIGO INFARTO: Estrategia de Revascularización

Fibrinólisis Farmacológica



DESABASTECIMIENTOS

La AEMPS emite recomendaciones para paliar problemas de suministro con los medicamentos fibrinolíticos

[Inicio](#) > [Comunicación](#) > [Notas informativas](#) > La AEMPS emite recomendaciones para paliar problemas de suministro con los medicamentos fibrinolíticos

[Formato pdf](#)

Fecha de publicación: 9 de diciembre de 2022

Fecha de actualización: 14 de diciembre de 2022

Categoría: medicamentos de uso humano, problemas de suministro

Referencia: ICM (CONT), 14/2022

- Actualmente las unidades disponibles de medicamentos fibrinolíticos que contienen como principio activo alteplasa y tenecteplasa son limitadas
- El laboratorio está realizando una distribución controlada de las unidades disponibles y priorizando la fabricación de ciertas presentaciones

Xcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

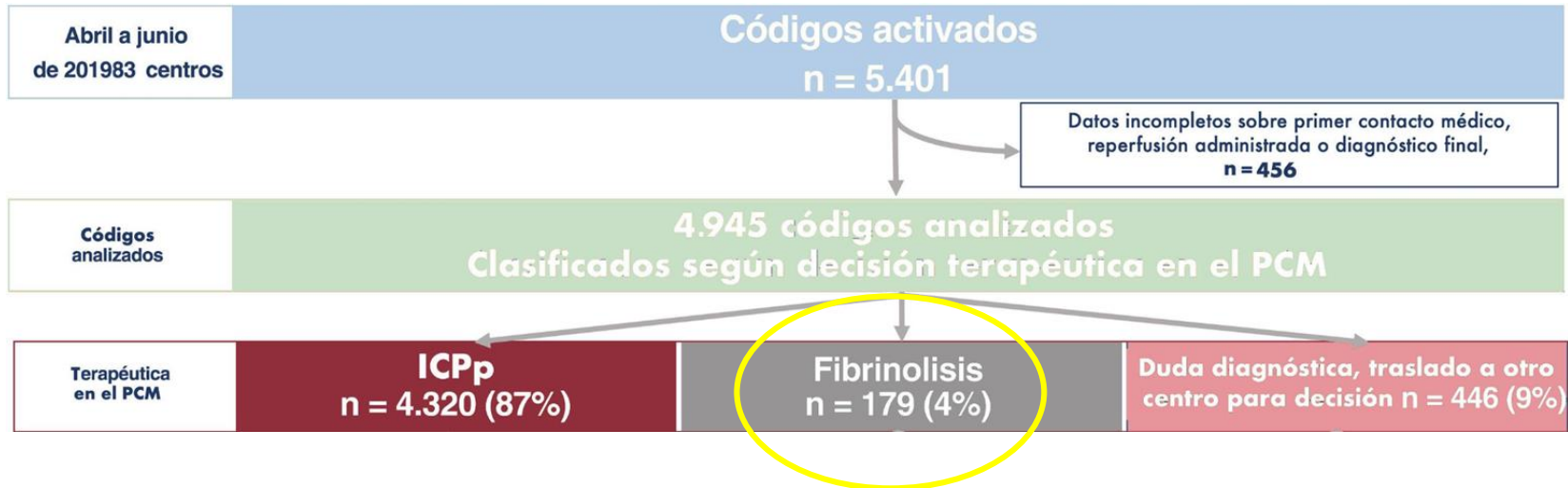
ORGANIZA:





CÓDIGO INFARTO: Estrategia de Revascularización

Fibrinólisis Farmacológica



X/curso

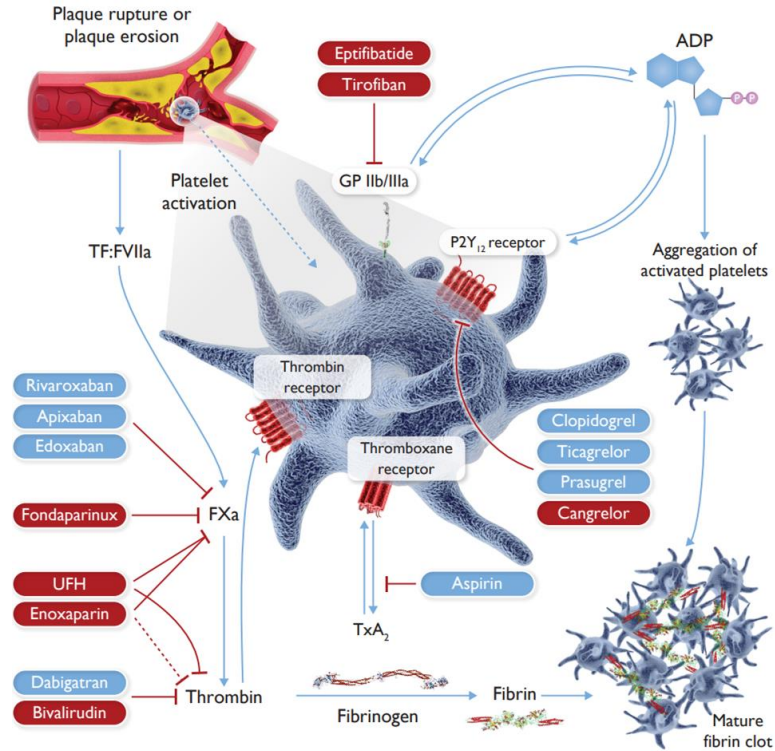
**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





y qué más?? ARSENAL TERAPÉUTICO (Manejo Agudo)



Xcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





CÓDIGO INFARTO....Y ADEMÁS

TTO ANTICOAGULANTE

ICP

Fibrinólisis

Heparina NO fraccionada	Bolo 70-100 UI/Kg IV Si iGPIIb/IIIa 50-70 UI Kg	Bolo 60 UI/Kg, perfusión de 24-48h a 12UI/Kg
Bivalirudina	<i>Trombocitopenia inducida por Heparina</i> 0.75 mg/kg Bolo IV, seguido de 1.75 mg/kg/h hasta 4h post ICP	
HBPM	Bolo IV 0.5 mg/Kg pre ICP	0.75 mg/kg -1 mg/kg SC cada 12h (según edad 75 años) Ajustar por FR a cada 24h
Fondaparinux	No recomendado Tratamiento AI y IAMSEST en los que no esté indicada una intervención invasiva (ICP) urgente <i>Casos de Manejo Conservador</i>	

X/curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:

 **sefh**
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

 **fefh**
Federación Española de Farmacia Hospitalaria

 **redfaster**
Red de Farmacia de Atención Primaria



CÓDIGO INFARTO....Y ADEMÁS

INHIBIDORES DE LA GLUCOPROTEINA IIb/IIIa

SÓLO, ICP de alto riesgo o alta carga trombótica		
Abciximab	Ya no está comercializado	
Tirofiban	0.25-0.30 mcg/kg 0.15 mcg/kg/min (hasta 18h) <i>Antes de las 12h tras inicio de síntomas</i>	Se debe ajustar por FR e IH Contraindicado: -Ictus -AP de hemorragias -Trombocitopenia
Eptifibatida	180 mcg/kg 2 mcg/kg/min (hasta 72h) <i>Antes de las 24h tras inicio de síntomas</i>	



CÓDIGO INFARTO.....

INHIBIDOR P2Y12

CANGRELOR IV	<u>Sólo sino tolera vía oral</u> 30 microgramos/kg seguido inmediatamente de una perfusión intravenosa de 4 microgramos/kg/min (de 2-4h). <u>Continuar con Inh. P2Y12 via oral:</u> -Siempre dosis de carga si fin de perfusión. -Sólo de Tica y Prasugrel si se administra antes de terminar la perfusión.	Contraindicaciones: -AIT o Ictus -Sangrado Activo o Cirugía Mayor reciente
CLOPIDOGREL OR	Profármaco (CYP2C19). Duración acción: 5 días Dosis de Carga=300-600 mg Dosis de Mantenimiento=75 mg/día <u>DE ELECCIÓN: Fibrinólisis y ACO</u>	Interacción: -IBP -AINEs/ACOs Contraindicación: IH Grave
PRASUGREL OR	Profármaco (CYP3A4/5). Duración acción: 7 días Dosis de Carga=60 mg Dosis de Mantenimiento=10 mg/día (5 mg si >75 años o P<60kg) <u>BENEFICIO: Diabéticos y Trombosis del Stent</u>	Interacción: -AINEs/ACOs Contraindicación: IH Grave, Ictus, Trombopenia, Fibrinólisis, ACO
TICAGRELOR OR	Duración acción: 3 días Dosis de Carga=180 mg Dosis de Mantenimiento=90 mg/12h	Interacción: -AINEs/ACOs -Inductores/Inhib del CYP3A4 Contraindicación: IH Grave, Trombopenia, Fibrinólisis, ACO



ES CLAVE!!!!

Doble antiagregación plaquetaria (DAP)

- ❖ **AAS** 100 mg/24h
- ❖ **Antagonista P2Y₁₂**

TODOS los pacientes salvo contraindicación

¿HASTA CUÁNDO?

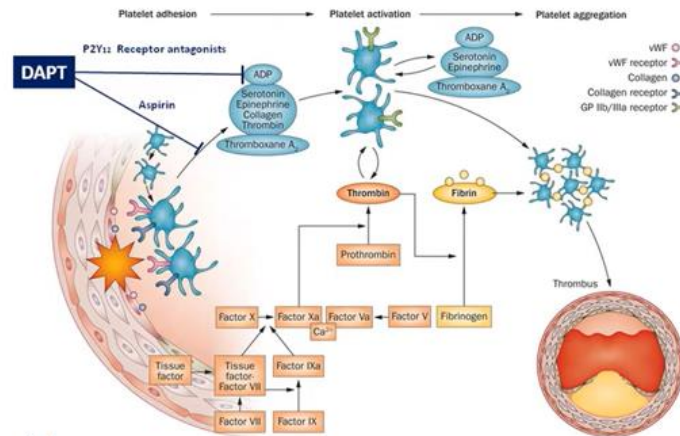
Habitual: **12 meses doble antiagregación + AAS de por vida**

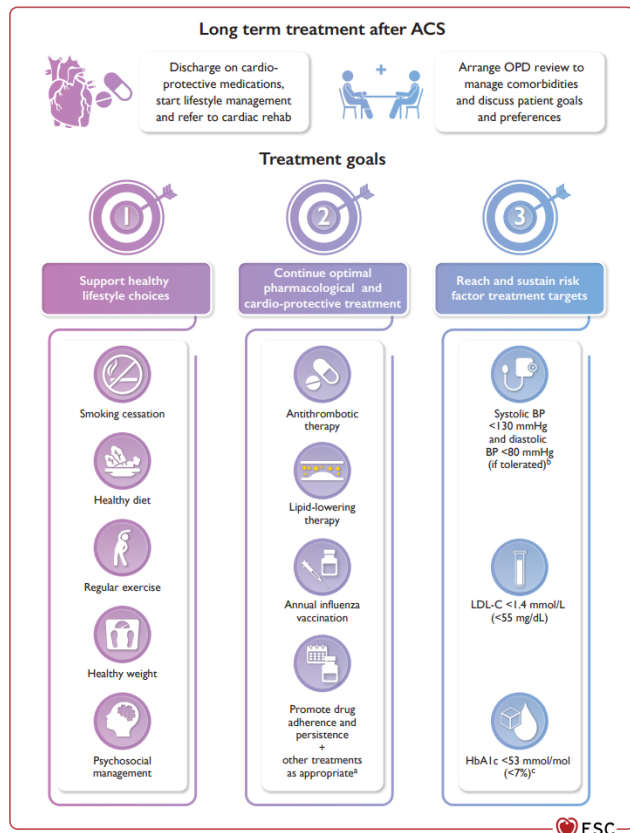
Si **ALTO RIESGO HEMORRÁGICO**

Posibilidad acortar DAP

Si **ALTO RIESGO TROMBÓTICO**

Posibilidad alargar DAP





ESC

X/curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:





Varón de 44 años, llega al Hospital trasladado por O61 tras parada cardiorrespiratoria recuperada.

- **Antecedentes:**
Obesidad (Peso=110kg) y Fumador
- Según historia clínica de atención primaria esta mañana a las 10 horas dolor torácico de 10-15' de duración.
- **Acude a PAC:** No dolor torácico y tensión elevada.
Se administra captoprilo SL y ECG
- **Diagnóstico:** **RCP recuperada /IAMCEST posterior**
- **Tratamiento:** Adenosina 6-6-12 mg y Atropina

Traslado en helicóptero: Activa CÓDIGO INFARTO

X/curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:





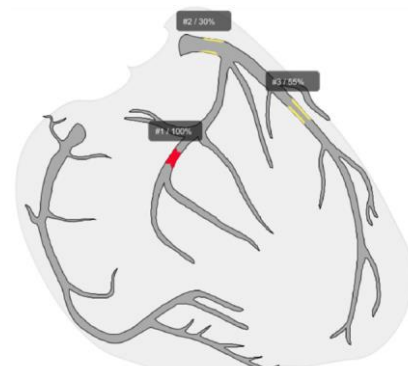
PASO A CAI
Perfusión de Cangrelor + Heparina



PASO A CAI
Terapia Secuencial (tras 2h): AAS 100 mg + Prasugrel 60 mg



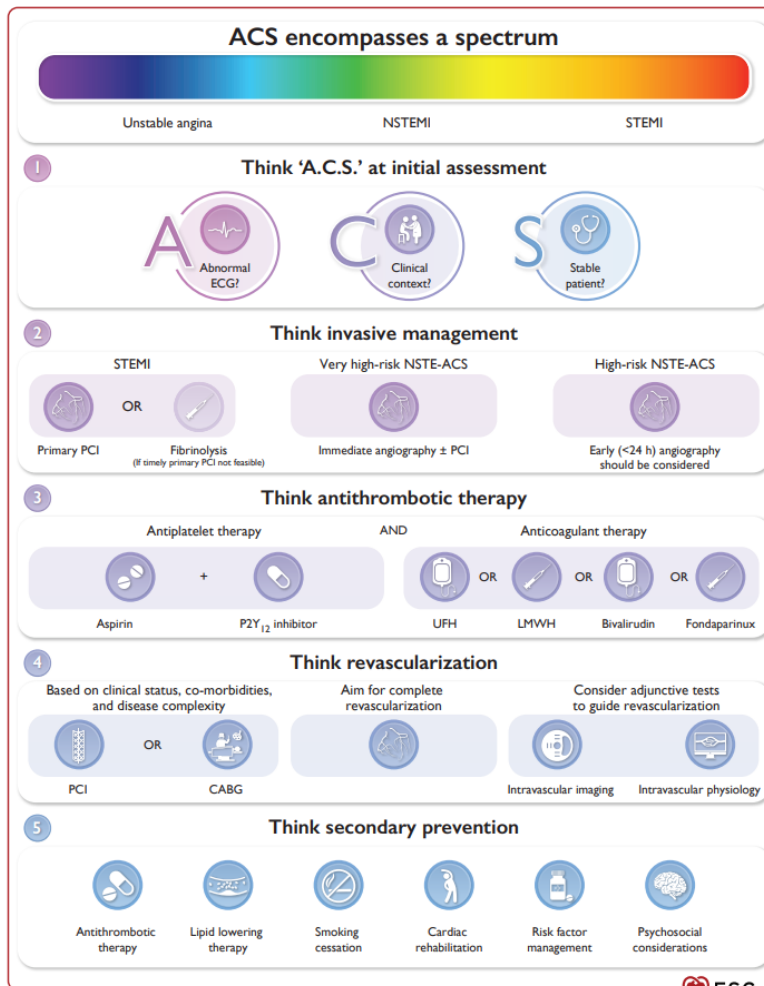
ICP PRIMARIA:
Stent farmacoactivo



ANÁLISIS DE LESIONES:

SEGMENTO BASAL	% ESTENOSIS	LECHO DISTAL	CIRCULACIÓN COLATERAL
(13) CIRCUNFLEJA MEDIA	100%		
(05) TRONCO CORONARIA IZQUIERDA	30%		
(07) DESCENDENTE ANTERIOR MEDIA	55.00000000000001%	> 2 MM	

EN RESUMEN, Recordad





marisol.samartin.ucha@sergas.es

Xcurso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias