



XXXII Congreso Nacional de la SEMI

XIV Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna
26-28 Octubre 2011



NUEVOS ANTIAGREGANTES

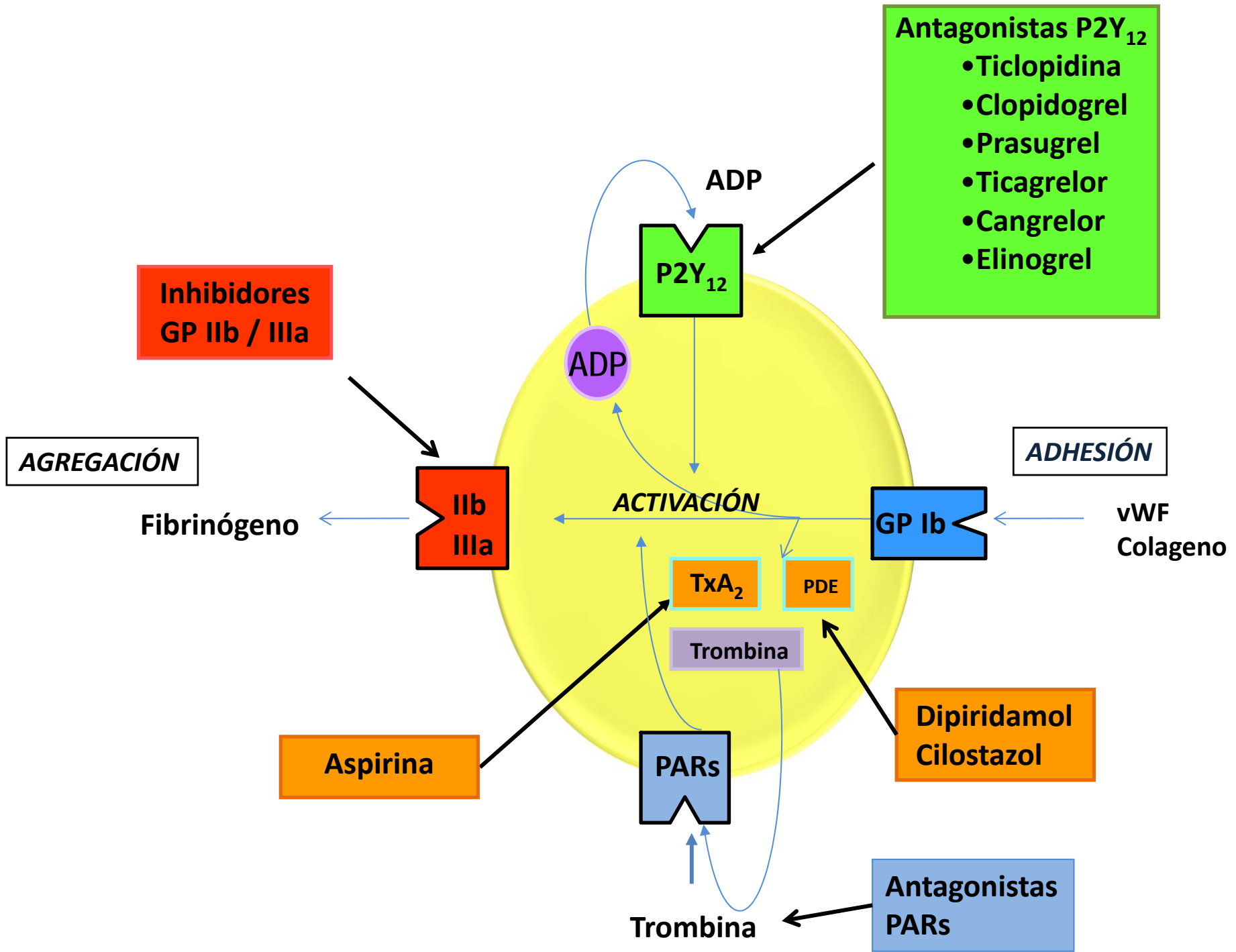
Características y evidencias que el internista debe conocer

Dr. Demetrio Sánchez Fuentes

Dr. Demetrio Sánchez Fuentes
Medicina Interna

Medicina Interna
Complejo Asistencia de Ávila





**AAS y/o CLOPIDOGREL
ESTÁNDAR
TRATAMIENTO y PREVENCIÓN AT**

LIMITACIONES:

RIESGO HEMORRÁGICO

RIESGO ISQUÉMICO RESIDUAL:

- INHIBICIÓN PARCIAL
- OTRAS VIAS DE ACTIVACIÓN
- NO RESPONDEDORES
- LENTO INICIO ACCIÓN

**NUEVOS
ANTIAGREGANTES**

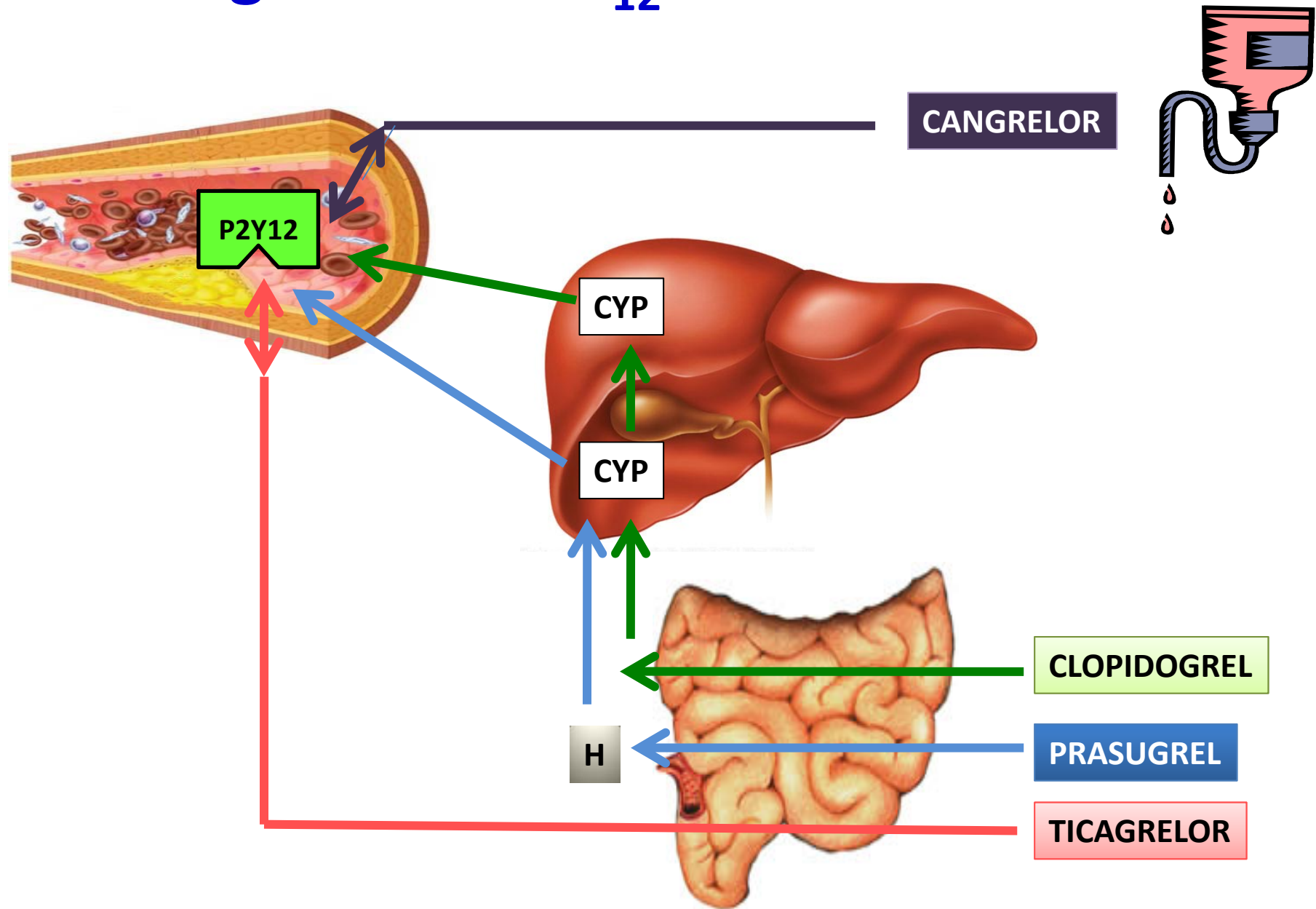
Receptores y ANTIAGREGANTES

GP Ib	Antagonistas		
IIb/IIIa	Abciximab Eptifibátida Tirofibán		
P2Y₁₂	Irreversible	Reversible No competitivo	Reversible Competitivo
	TICLOPIDINA CLOPIDOGREL PRASUGREL	TICAGRELOR CANGRELOR	ELINOGREL
PARs	VORAPAXAR ATOPAXAR		

PRASUGREL

- Tienopiridina de 3^a generación
- Inhibidor irreversible del receptor P2Y₁₂
- Vía oral
- Profármaco
- Más rápido y más potente que clopidogrel
- Aprobado por agencias del medicamento
- Comercializado en España

Antagonistas P2Y₁₂

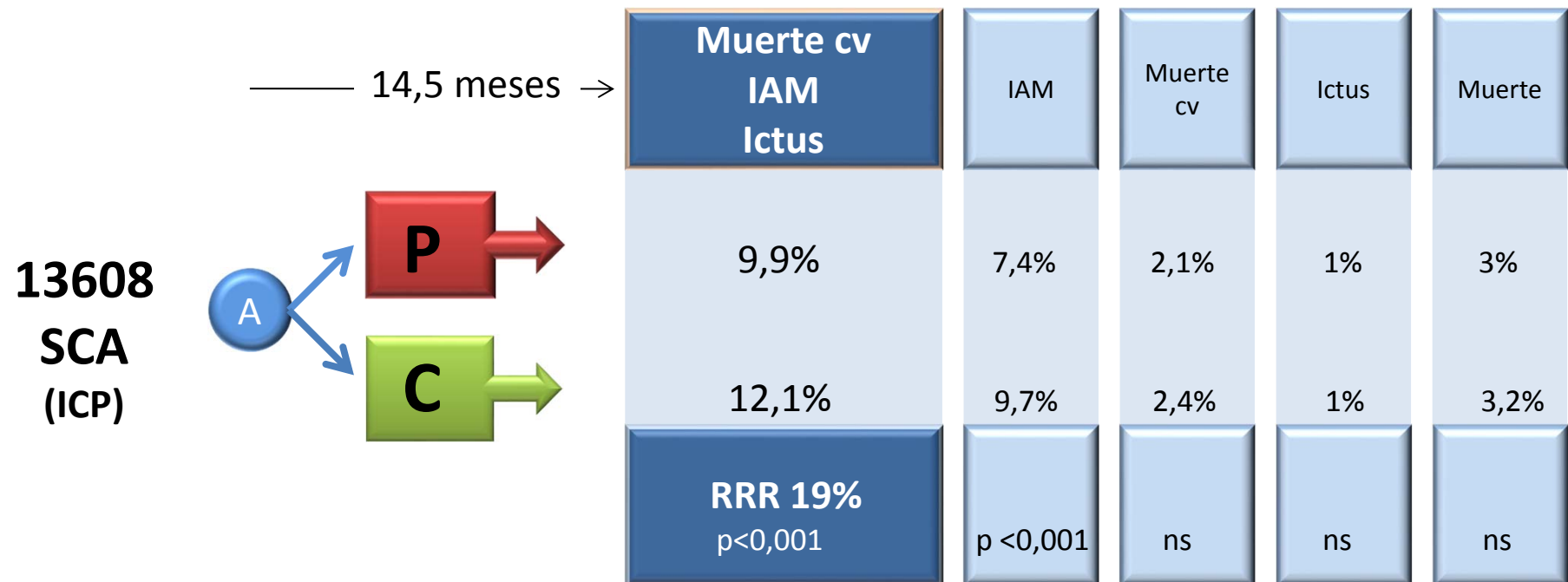


PRASUGREL

- Tienopiridina de 3ª generación
- Inhibidor irreversible del receptor P2Y₁₂
- Vía oral
- Profármaco
- Más rápido (max. 2-4 h) y más potente que clopidogrel
- Aclarado en 5-7 días
- Aprobado por agencias del medicamento
- Comercializado en España

Prasugrel versus Clopidogrel en SCA.

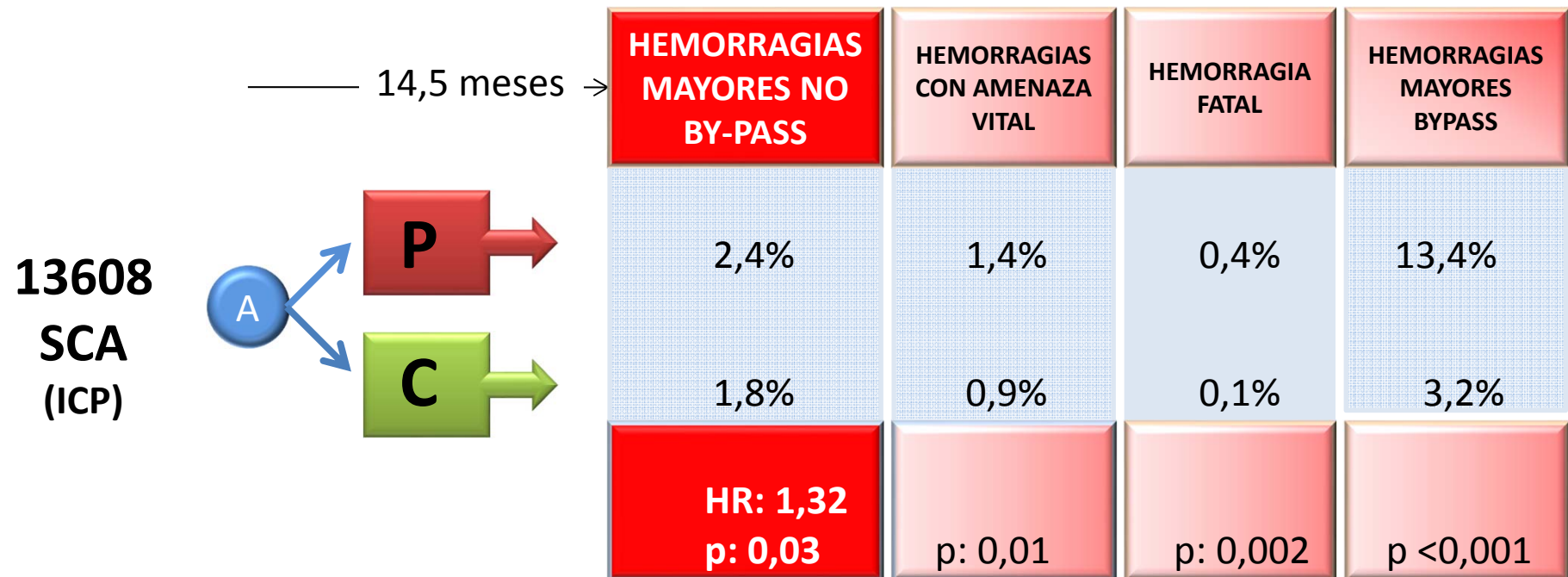
Estudio TRITON-TIMI 38



P: prasugrel: 60 mg → 10 mg/día
 C: clopidogrel: 300 mg → 75 mg/día
 (Ambos con AAS)

Prasugrel versus Clopidogrel en SCA.

Estudio TRITON-TIMI 38



P: prasugrel: 60 mg → 10 mg/día
 C: clopidogrel: 300 mg → 75 mg/día
 (Ambos con AAS)

Prasugrel versus Clopidogrel en SCA. Estudio TRITON-TIMI 38

Análisis *post hoc* sugieren que el beneficio se limita a:

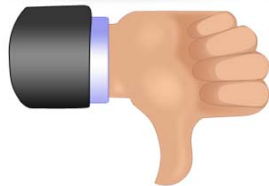
- ✓ Sin antecedentes de ictus/AIT
- ✓ < 75 años
- ✓ >60 Kg de peso

PRASUGREL



Más rápido: ICP INMEDIATA

Más eficaz: ICP ALTO RIESGO TROMBÓTICO (DIABÉTICOS)



**Más sangrado: NO: EN ICTUS PREVIO, > 75 años, < 60 Kg
NO : SI POSIBILIDAD DE BY-PASS**

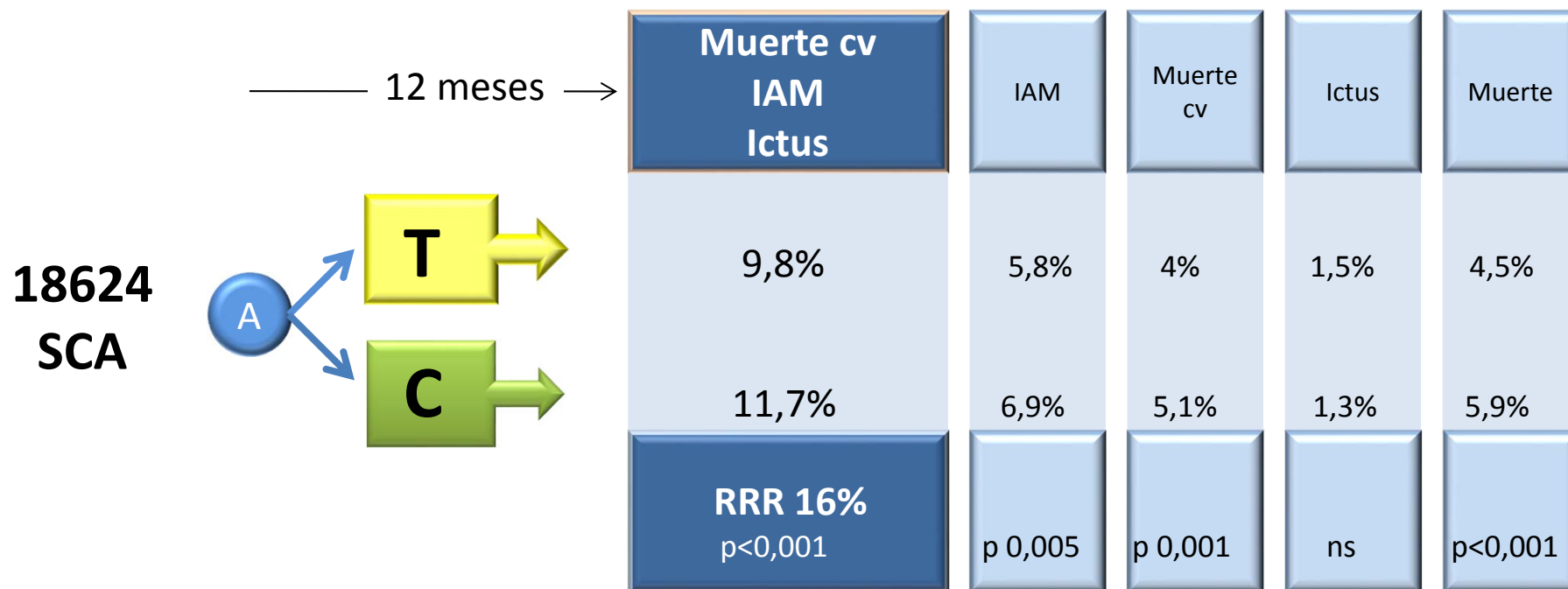
Preocupación por el aumento de riesgo de cáncer

**Sin datos: SCA MÉDICOS (TRILOGY ACS en marcha)
OTRAS ATEROTROMBOSIS**

TICAGRELOR

- **Inhibidor reversible del receptor P2Y₁₂**
- **No tienopiridina**
- **Vía oral**
- **No requiere transformación**
- **Más rápido (max. 2-4 h) y más potente que clopidogrel**
- **Aclarado en 3-5 días**
- **Aprobado por agencias del medicamento**
- **Comercializado en España**

Ticagrelor versus Clopidogrel en SCA. Estudio PLATO



T: ticagrelor: 180 mg→90/12 h
C: clopidogrel: 300/600mg→75 mg/día
(Ambos con AAS)

Ticagrelor versus Clopidogrel en SCA.

Estudio PLATO

18624 SCA

12 meses

	HEMORRAGIAS MAYORES	HEMORRAGIAS MAYORES NO BYPASS	DISNEA	PAUSAS VENTRICULARES	↑ creatinina úrico
T	11,6%	4,5%	13,8%	5,8%	↑10%/15%
C	11,2%	3,8%	7,8%	3,6%	↑8%/7%
	ns	p 0,03	p<0,001	p 0,01	p<0,001

T: ticagrelor: 180 mg→90/12 h
 C: clopidogrel: 300/600mg→75 mg/día
 (Ambos con AAS)

TICAGRELOR



Más rápido, más eficaz y menor tiempo de aclarado:

SCA ANTES DE CORONARIOGRAFÍA (EVENTUAL NECESIDAD DE BY-PASS)

DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD



Evitar:

ICTUS PREVIO

SÍNCOPES

EPOC

FALLO RENAL

Sin datos:

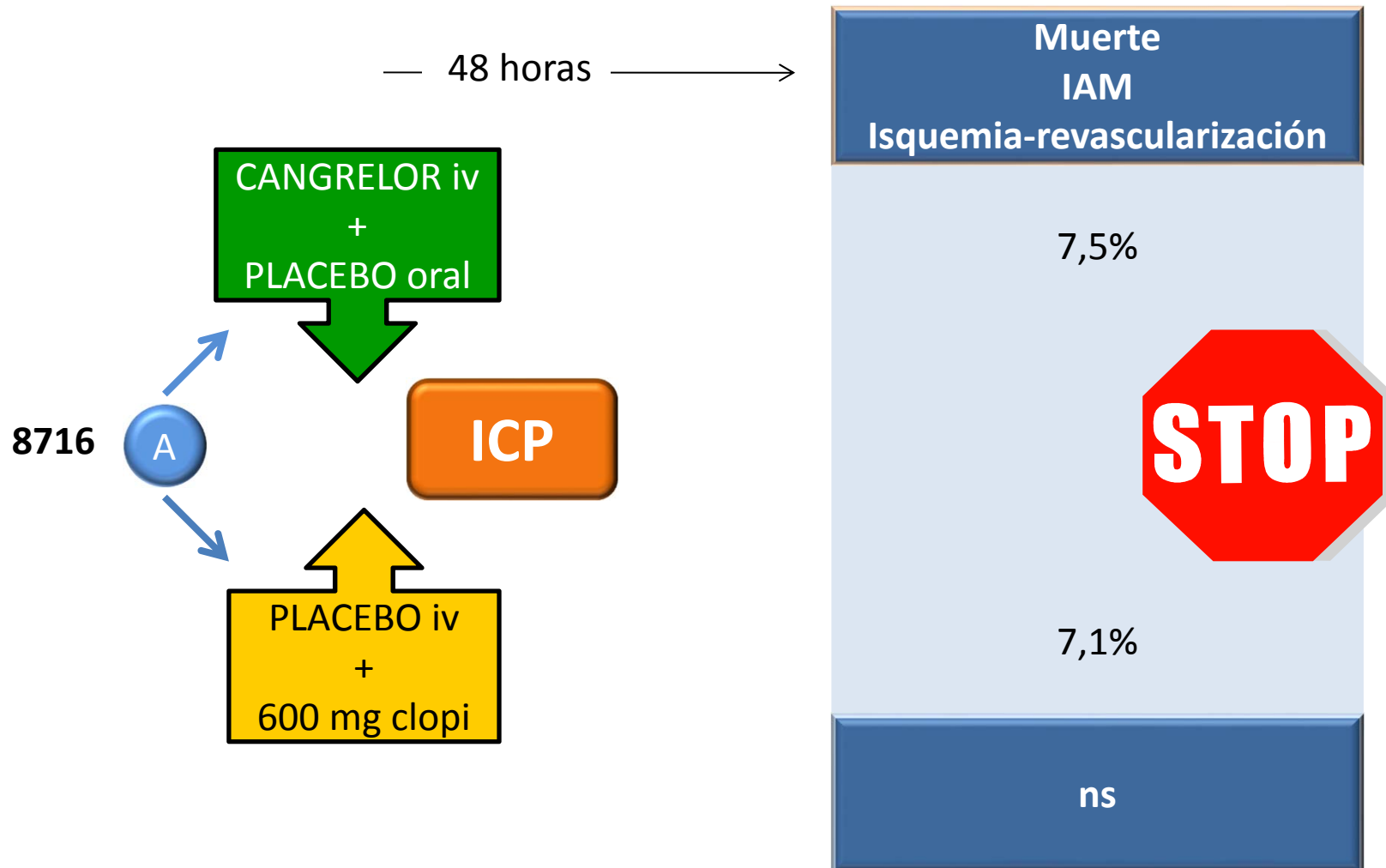
OTRAS ATEROTROMBOSIS

CANGRELOR

- **Inhibidor reversible del receptor P2Y₁₂**
- **No tienopiridina**
- **Vía iv**
- **No requiere transformación**
- **Muy rápida acción. Vida media 6-10'**
- **No aprobado por agencias del medicamento**
- **No comercializado en España**

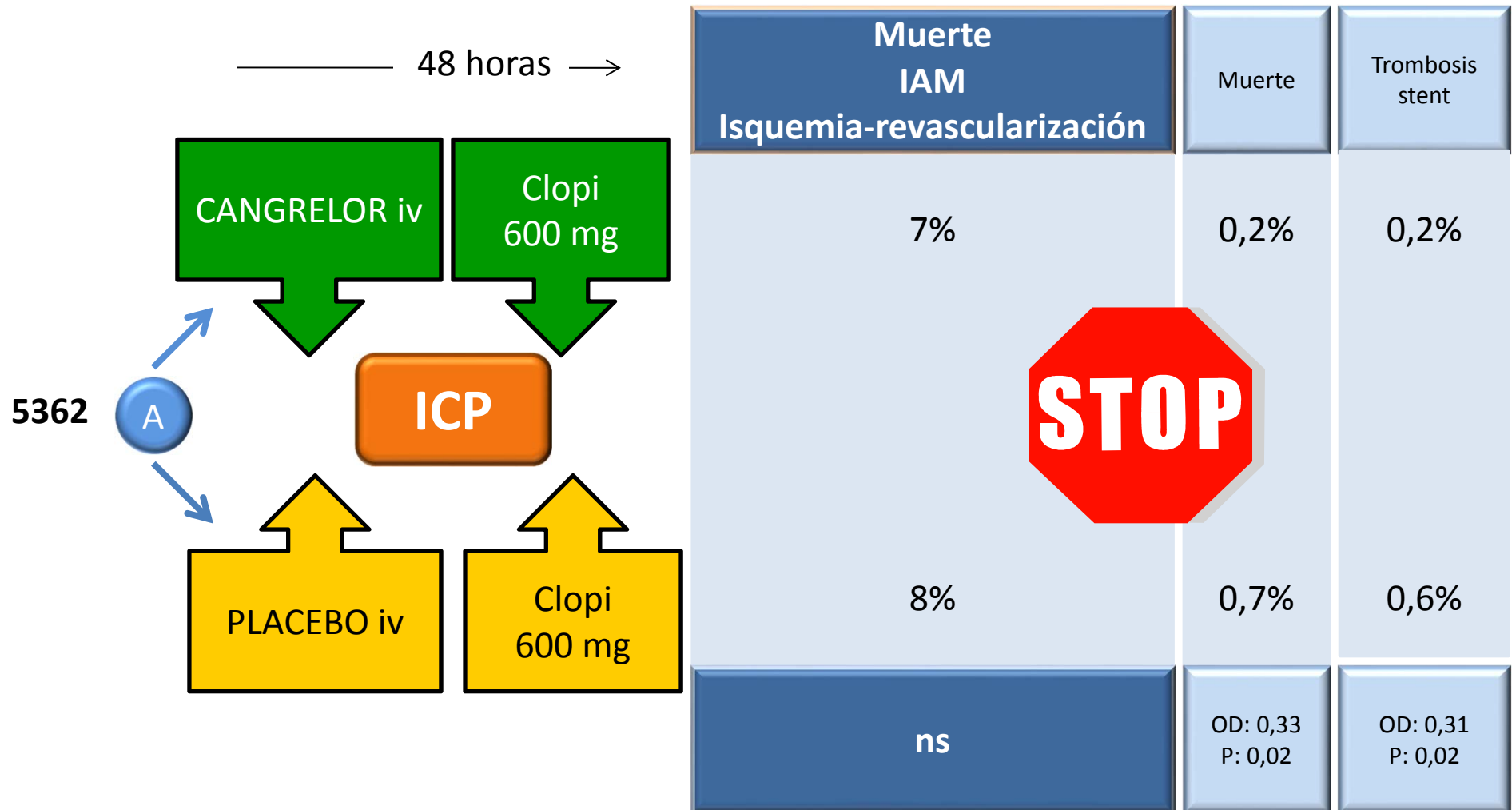
Cangrelor en ICP.

Estudio CHAMPION PCI



Cangrelor en ICP.

Estudio CHAMPION PLATFORM



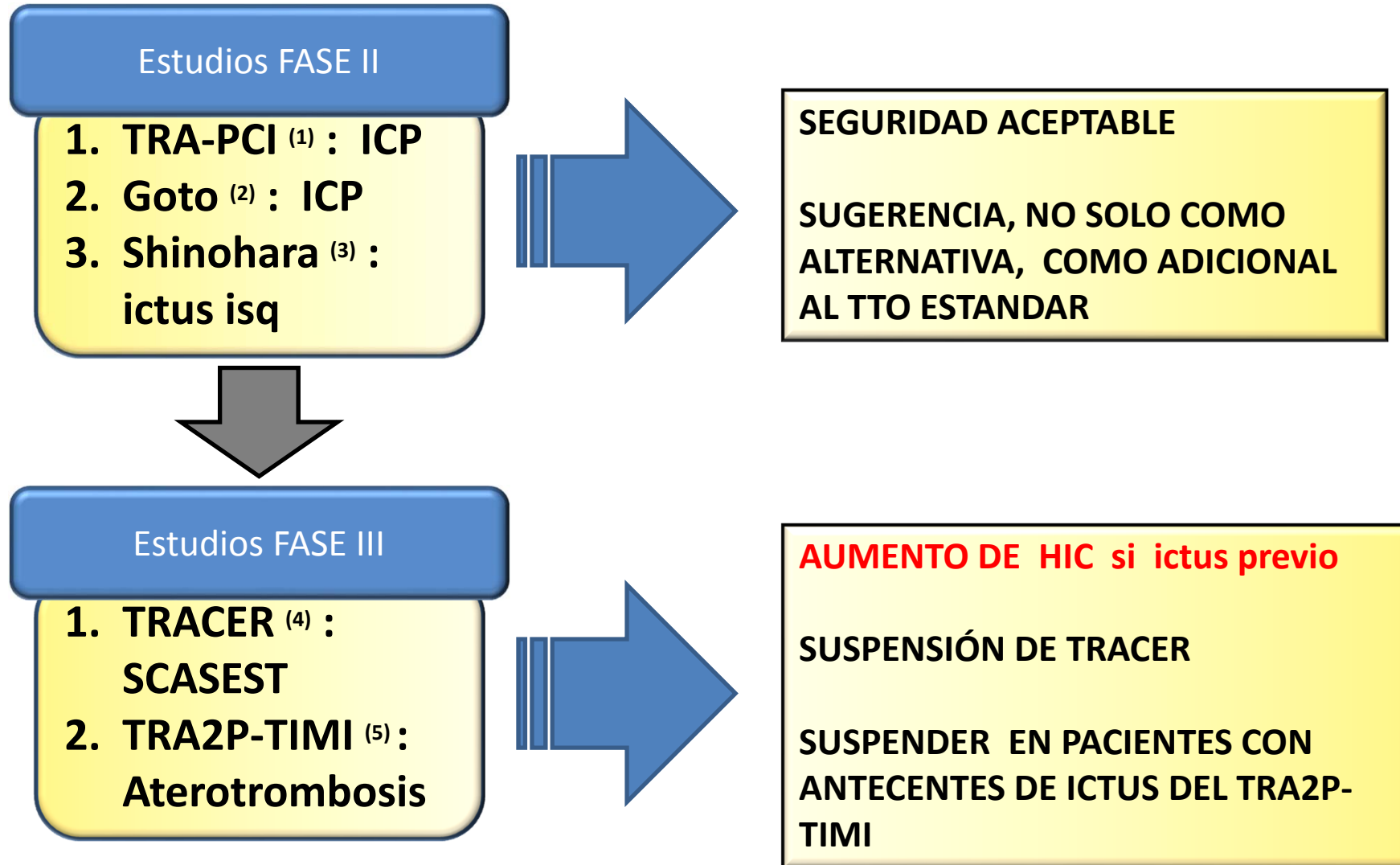
ELINOGREL

- Inhibidor reversible del receptor P2Y₁₂
- No tienopiridina
- Vía iv y oral
- No requiere transformación
- Investigación incipiente
- No aprobado por agencias del medicamento
- No comercializado en España

VORAPAXAR

- **Inhibidor selectivo del receptor PAR-1**
- **No interfiere la coagulación plasmática**
- **Vía oral**
- **No aprobado por agencias del medicamento**
- **No comercializado en España**

VORAPAXAR



(1) Lancet 2009; 373: 919-28.

(3) J Stroke Cerebrov Dis 2010;

(5) Am Heart J 2009; 158: 335-41.

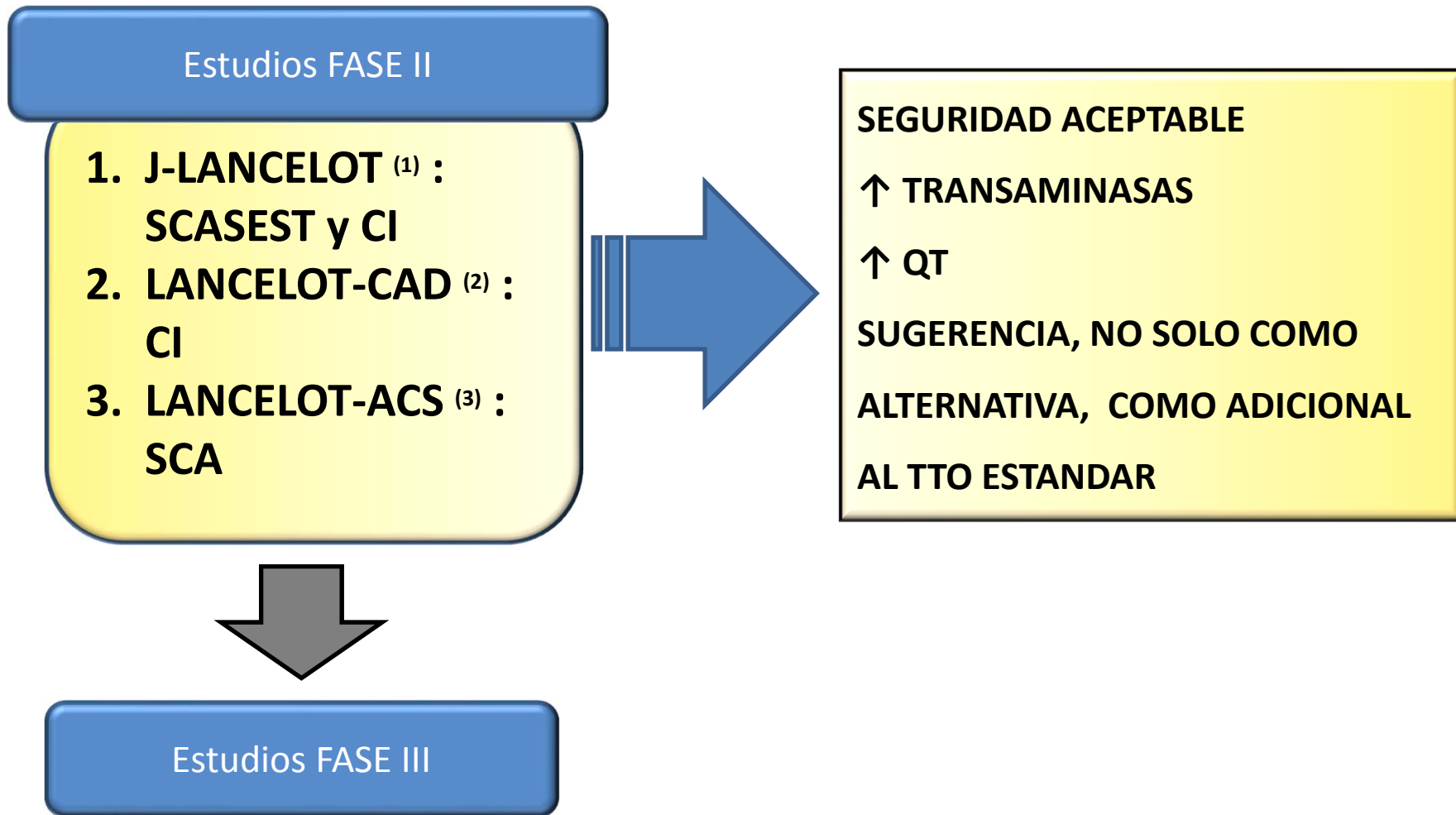
(2) J Atheroscler Thromb 2010; 17: 156-64.

(4) Am Heart J 2009; 158: 327-34.

ATOPAXAR

- **Inhibidor selectivo del receptor PAR-1**
- **No interfiere la coagulación plasmática**
- **Vía oral**
- **No aprobado por agencias del medicamento**
- **No comercializado en España**






ATOPAXAR



(1) Eur Heart J 2010; 31:2601-13
(2) Circulation 2011; 123: 1854-63
(3) Circulation 2011; 123: 1843-53

CONCLUSIONES

- 1** Pese a sus limitaciones, AAS y clopidogrel son los antiagregantes de referencia.
- 2** Nuevos inhibidores de P2Y₁₂, más rápidos y efectivos, son una opción mejor que clopidogrel en algunos SCA.
- 3** No hay avances en el tratamiento de otras expresiones de enf aterotrombótica (ictus, EAP).
- 4** Las expectativas con los inhibidores PAR ,por el momento, no se han confirmado.

Fármaco	SCA / ICP	Enf AT estable	Enfermos polivasculares	Prevención primaria	FA
AAS	Si, con inhibidor P2Y ₁₂	Si	Si	Si en alto riesgo	Bajo riesgo
CLOPIDOGREL	Si, hasta 12 meses junto con AAS  Ictus	Si	Si (preferible)	No	Con AAS si no es factible ACO
PRASUGREL	Solo ICP. Hasta 12 meses junto con AAS.  Alto riesgo ICP inmediata  Riesgos hemorrágicos Ictus < 60 Kg > 75 años Previsión de bypass	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
TICAGRELOR	Si, Hasta 12 meses junto con AAS.  Alto riesgo Posibilidad de bypass  Ictus EPOC Síncopes	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos