

ACS: Handlungsempfehlung zur prähospitalen Gerinnungstherapie

Akutes Coronarsyndrom

EKG Diagnostik in < 10min anstreben
ggf. EKG Senden!

Klinik + persistierende
ST-Hebung

Telefonische Anmeldung im PCI-
Zentrum, ggf. Übermittlung des EKGs

STEMI



Zeitpunkt Diagnose
= Referenzzeit !

PCI < 120 Minuten möglich?
Primäre PCI anstreben

ASS 250mg IV
Heparin max. 4000 IE
(Heparin 70-100 IE / kgKG IV)

Präklinisches Loading mit Ticagrelor nach Rücksprache
mit dem PCI Zentrum

Ticagrelor 180mg PO

PCI > 120 Minuten möglich?
Systemische Lyse + PCI

ASS 250mg IV
Heparin max. 4000 IE
(Heparin 60 IE / kgKG IV)
Tenecteplase² IV gewichtsadaptiert
altersadaptiert
<75a: Clopidogrel 300mg PO
≥75a: Clopidogrel 75mg PO

Transport ins PCI Zentrum

Klinik + keine oder unspezifische
ST-Veränderung

Non-STEMI ACS

ASS 250mg IV
Heparin max. 4000 IE
(Heparin 70-100 IE / kgKG IV)

Symptomatisch/
Instabil¹
PCI < 120min

Asymptomatisch/
Stabil
PCI < 24h

Transport ins
PCI Zentrum

Transport ins
lokale KH

UK St.Pölten	UK Krems	LK Waidhofen/Ybbs	LK Wr.Neustadt	LK Mistelbach
02742 / 9004 - 22651 (Notaufn.)	02732 / 9004 – 22059 (DH OA)	07442 / 9004 – 22501 (DH OA)	02622 / 9004 – 12766 (DH Kardio)	02572 / 9004 – 21396 (Kardio)
02742 / 9004 - 22650 (Kardio)				02572 / 9004 – 23754 (Herzkath.)
notfallzentrumstp@stpoelten.lknoe.at	angiographie@krems.lknoe.at	ekg@waidhofen-ybbs.lknoe.at	Cardangiographie@wienerneustadt.lknoe.at	herzkatheter@mistelbach.lknoe.at

ACS: Handlungsempfehlung zur prähospitalen Gerinnungstherapie

Allgemeine Therapieempfehlungen

- Eine routinemäßige Sauerstoffgabe bei SpO₂ > 90% ist nicht empfohlen
- Titrierte IV Gabe von Morphin ist indiziert zur Schmerzbehandlung
- Eine leichte Sedierung ist indiziert zur Reduktion von Stress und Angst. Benzodiazepine ggü. Morphin bevorzugen.
- Die Anwendung von Nitroglycerin zur Schmerzbehandlung ist nicht empfohlen

Time Targets

- Maximale Dauer vom First Medical Contact bis zum 12 Kanal-EKG / Diagnosestellung: **10min**
- Maximale Dauer von STEMI Diagnose bis PCI („wire crossing“) bei Versorgungsstrategie primäre PCI: **120min**
- Maximale Dauer von STEMI Diagnose bis Verabreichung der IV Thrombolyse bei Versorgungsstrategie Lyse+PCI: **10min**

(1) NSTEMI Instabilitätskriterien

- Hämodynamische Instabilität oder kardiogener Schock
- Anhaltende oder wiederkehrende, therapierefraktäre Brustschmerzen
- Lebensbedrohliche Arrhythmien oder Kreislaufstillstand
- Akute Herzinsuffizienz
- Wiederkehrende dynamische ST-Segment oder T-Wellen Veränderungen

(2) Dosierung Tenecteplase

<60kg KG - 6000IE
 60-70kg KG - 7000IE
 70-80kg KG - 8000IE
 80-90kg KG - 9000IE
 >90 kg KG - 10000IE
 ≥75 Jahre Halbierung der Dosis

(2) Kontraindikationen Thrombolyse

Absolut

- Zustand nach Hirnblutung
- Zustand nach ischäm. Insult <6 Monate
- ZNS Schädigung oder Neubildung oder AV Malformation
- Schweres Trauma/Chirurgischer Eingriff/SHT < 1 Monat
- Gastrointestinale Blutung < 1 Monat
- Blutgerinnungsstörung
- Aortendissektion
- Nicht komprimierbare Punktion <24h
- Infektiöse Endokarditis

Relativ

- TIA < 6 Monate
- Orale Antikoagulation
- Schwangerschaft + 1 Woche postpartal
- Refraktäre Hypertonie RR syst > 180mmHg
- Höhergradige Leberfunktionsstörung
- Aktives peptisches Ulkus
- Prolongierte oder traumatische CPR

Gerinnungstherapie Besondere Situationen

- OAK / NOAK Dauertherapie
verlässliche Einnahme → kein Loading
keine verlässliche Einnahme → Loading mit 600mg Clopidogrel
- Ticagrelor/Prasugrel/Clopidogrel Dauertherapie:
verlässliche Einnahme → kein Loading
keine verlässliche Einnahme → Loading mit 180mg Ticagrelor

Handelsname	Wirkstoff
Brilique	Ticagrelor
Efient	Prasugrel
Plavix	Clopidogrel
Metalyse	Tenecteplase