



## 6051-647. EVOLUCIÓN Y CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

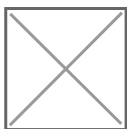
María Asunción Esteve Pastor<sup>1</sup>, Esteban Orenes Piñero<sup>1</sup>, Manuel Macías Villanego<sup>2</sup>, Teresa Lozano<sup>2</sup>, Vicente Pernias<sup>3</sup>, Mariano Valdés<sup>1</sup>, Juan Miguel Ruiz Nodar<sup>2</sup> y Francisco Marín<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante y <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital General de Elche (Alicante).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías de práctica clínica de la sociedad europea de cardiología proponen el uso de antiagregantes potentes (prasugrel y ticagrelor) con evidencia IA en el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) ya que estos fármacos han demostrado una reducción de la mortalidad y de eventos cardiovasculares a largo plazo. El objetivo fue analizar los cambios que se han producido en el tratamiento antitrombótico en el SCA y si se adaptan a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

**Métodos:** Se analizaron 1.718 pacientes de forma consecutiva que ingresaron en 3 hospitales de tercer nivel con el diagnóstico de SCA desde enero de 2014 hasta enero de 2016. Se analizaron características basales y tratamiento del SCA tanto durante el ingreso como al alta. Se dividió ese periodo temporal de 24 meses en 4 semestres: 1<sup>er</sup> semestre (1-6 meses), 2<sup>o</sup> semestre (7-12 meses), 3<sup>er</sup> semestre (13-18 meses) y 4<sup>o</sup> semestre (19-24 meses).

**Resultados:** Durante los 4 semestres, no se observaron diferencias en las características demográficas o los factores de riesgo cardiovascular. Se observó un aumento de la realización de intervencionismo coronario percutáneo (86,6-91,7-91,5-93,8% del 1<sup>er</sup> al 4<sup>o</sup> trimestre, respectivamente;  $p = 0,011$ ) y un aumento del acceso radial (54,5-66,7-71,3-80,6%;  $p = 0,001$ ). Con respecto al tratamiento antiagregante (fig. A), el uso de aspirina se mantuvo  $> 90\%$  a lo largo de los 4 periodos. Como segundo antiagregante, el uso de clopidogrel sigue siendo el mayoritario, pero se observa una disminución progresiva (52,4-50,4-44,8-50,0%;  $p = 0,001$ ), con un aumento del uso de ticagrelor (15,0-24,3-25,5-27,9%;  $p = 0,001$ ), sobretodo en los pacientes diabéticos (13,2-23,2-34,1-25,9%;  $p = 0,048$ ). En cuanto al tratamiento anticoagulante durante el ingreso (fig. B), se aprecia una disminución significativa del tratamiento con heparina de bajo peso molecular y aumento del uso de fondaparinux ( $p = 0,001$ ). Cuando se excluye a los pacientes que precisan anticoagulación al alta, se observa un aumento significativo del uso de nuevos antiagregantes (35,4-45,4-53,5-48,1%;  $p = 0,001$ ).



*Cambios en el uso de la terapia antiagregante (A) y anticoagulante (B) por semestres en pacientes con síndrome coronario agudo.*

**Conclusiones:** Se ha producido un aumento del empleo de los nuevos antiagregantes en el SCA, siendo cercano al 50% en los pacientes que no necesitan anticoagulación al alta. Dicha tendencia se observa sobre todo para el ticagrelor y en los pacientes diabéticos.