



## 6010-169. UTILIZACIÓN DE ANTIAGREGANTES Y GASTROPROTECTORES AL INGRESO Y EN EL ALTA EN ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Íñigo Lozano Martínez-Luengas<sup>1</sup>, Silvia Gopar Gopar<sup>2</sup>, Eduardo Pinar Bermúdez<sup>3</sup>, Ignacio Cruz González<sup>4</sup>, Esther Sánchez Insa<sup>5</sup>, Garikoitz Lasa Larraya<sup>6</sup>, Francisco Javier Fernández Portales<sup>7</sup> y Francisco Javier Fernández Fernández<sup>8</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias), <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca, <sup>5</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza, <sup>6</sup>Hospital Donostia, (Guipúzcoa), <sup>7</sup>Complejo Hospitalario de Cáceres y <sup>8</sup>Hospital San Pedro, Logroño.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El Documento de las Sociedades Americanas sobre el uso concomitante de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) recomienda no utilizar omeprazol y esomeprazol con clopidogrel. Dicho documento establece como factores de riesgo de sangrado gastrointestinal la existencia de un sangrado previo en esa localización, la edad avanzada y el uso de antiagregantes, anticoagulantes y corticoides. Al ser los ancianos con síndrome coronario agudo una población con gran uso de clopidogrel, analizamos los factores de riesgo de sangrado gastrointestinal, antiagregantes y gastroprotectores al ingreso y alta en una población > 75 años con síndrome coronario agudo.

**Métodos:** Desde dieciséis centros españoles, uno por cada CCAA, se estudiaron 50 pacientes > 75 años consecutivos durante el año 2016 con diagnóstico al alta de síndrome coronario agudo. Solo se excluyeron aquellos casos con anticoagulación oral. Analizamos los factores de riesgo de sangrado gastrointestinal, antiagregantes y gastroprotectores al ingreso y alta así como el grado de seguimiento de la recomendación de evitar clopidogrel con omeprazol y esomeprazol.

**Resultados:** N = 800, edad  $81,1 \pm 4,5$  años, mujeres 40,3%, diabéticos 36,1%. El 19,4% tenían angina inestable, 41% IAM no Q y 31,6% SCACEST y se realizó coronariografía al 89,1% de ellos. En 25,8% de realizó tratamiento conservador, 17,1% *stent* convencional o balón farmacoactivo, *stent* farmacoactivo en 54,3% y cirugía de revascularización en 2,3%. En 1,9% no se pautó al alta ningún antiagregante, en 10,6% solamente ácido acetilsalicílico, ácido acetilsalicílico + clopidogrel en 71,3%, ácido acetilsalicílico + prasugrel en 1% y ácido acetilsalicílico con ticagrelor 15,3%. Además de la edad, las causas de indicación de gastroprotección se exponen en la tabla. De los 570 pacientes dados de alta con clopidogrel, 220 (38,5%) llevaban omeprazol y 14 (2,4%) esomeprazol.

	Número	Porcentaje
Patología digestiva	96	12

Hemorragia digestiva previa	24	3
Ulcus	34	4,3
Gastritis, duodenitis	26	3,3
Uso crónico de corticoides	12	1,5
Antiagregantes al ingreso	478	59,8
Gastroprotección al ingreso		
No	283	35,3
Omeprazol	339	42,4
Pantoprazol	108	13,5
Esomeprazol	24	3
Otros IBPs	18	2,2
Ranitidina	28	3,5
Antiagregantes al alta		
No	15	1,9
AAS	85	10,6
AAS + clopidogrel	570	71,3
AAS + prasugrel	8	1
AAS + ticagrelor	122	15,3

## Gastroprotección al alta

No	68	8,6
Omeprazol	353	44,1
Pantoprazol	308	38,5
Esomeprazol	17	2,1
Otros IBPs	24	3,1
Ranitidina	30	3,7