



## 242/1855 - PERFIL DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Matei<sup>a</sup>, J. Melero Lloret<sup>b</sup>, A. Marín<sup>a</sup>, L. Guillén Alcequiez<sup>c</sup>, M. Martín Blasco<sup>d</sup> y E. Domínguez Mafé<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de l'Alcora. Castellón. <sup>b</sup>Médico Residente de 5º año de Cardiología. Hospital General Universitario de Castellón. Universidad Jaume I. Castellón.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Sorolla. Castellón.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital General de Castellón. <sup>e</sup>Médico Adjunto y Tutor de Residentes de Cardiología. Hospital General Universitario. Universitat Jaume I. Castellón.

### Resumen

**Objetivos:** La identificación del síndrome coronario agudo (SCA) como un proceso aterotrombótico ha dado un papel predominante a las plaquetas en la enfermedad cardiovascular, es por ello que tras un SCA se recomienda doble antiagregación al menos durante 1 año. En los últimos años, se han comercializado antiagregantes más potentes para combatir la agregación plaquetaria en este escenario. Por ello, nuestro objetivo es describir el uso de estos nuevos fármacos en nuestro entorno.

**Metodología:** Se trata de un estudio retrospectivo transversal que se llevó a cabo en el periodo comprendido entre enero y junio de 2016 en el que se incluyen todos los SCA sometidos a Angioplastia Primaria en el Hospital General Universitario de Castellón, hospital de referencia de la Provincia de Castellón. Las variables cuantitativas se expresan con la media  $\pm$  desviación estándar y las variables discretas en forma de porcentaje. El test estadístico aplicado fue el  $\chi^2$  y la significación estadística se definió como  $p < 0,05$ . El programa estadístico utilizado fue Stata versión 13.0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 84 pacientes, siendo el 73% varones y con una edad media de  $63 \pm 12$  años. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos la distribución fue: 55% hipertensión arterial, 52% fumadores activos, 48% dislipémicos, 28% diabéticos y 18% obesos. El 100% de los pacientes fueron dados de alta con ácido acetilsalicílico. El 5% de los pacientes no recibieron segundo antiagregante debido a contraindicaciones médicas, el 24% recibieron prasugrel, el 31% ticagrelor y el 40% clopidogrel. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prescripción de los nuevos antiagregantes cuando se estratificó por vaso afectado en la coronariografía o por FRCV, en cambio sí que las hubo cuando se estratificaba por edad, siendo más frecuente su prescripción en los pacientes  $< 65$  años ( $p < 0,000$ ).

**Conclusiones:** Hasta el 55% de los pacientes que sufren un SCA están tratados al menos durante el primer año con un nuevo antiagregante (ticagrelor o prasugrel), siendo la mayoría de ellos menores de 65 años, por lo que es fundamental su conocimiento por parte de los médicos de atención primaria.

**Palabras clave:** LDL-colesterol. Ticagrelor. Prasugrel.