



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EV-001 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL DABIGATRÁN EN POBLACIÓN ANCIANA CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR. MI PEQUEÑO MUNDO REAL

J. Castiella Herrero

Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja).

Resumen

Objetivos: Presentar datos de eficacia y seguridad, así como la experiencia con el uso del dabigatrán en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FAnV), seguidos de forma prospectiva en una consulta de riesgo vascular (RV) de Medicina Interna (MIN) durante 3 o más meses.

Material y métodos: Análisis descriptivo sobre un total de 109 pacientes con FAnV en tratamiento con dabigatrán atendidos en una consulta de RV de MIN entre marzo del 2013 hasta abril del 2016. Seguimiento prospectivo y revisión de la historia clínica informatizada. Se recogen los principales factores de riesgo y patologías de base en el momento de inclusión. Se define la hemorragia mayor como la mortal, con hospitalización, en lugar crítico, con necesidad de hemotransfusión de ≥ 2 unidades o caída de la Hgb de ≥ 2 g/dl. Se muestran tasas de incidencia por 100 pacientes y año, así como las medias simples con desviaciones estándar y porcentajes.

Resultados: Se analizan 109 pacientes (47,7% mujeres) de $79,7 \pm 8,3$ años de edad (57,8% mayores de 80 años), con un seguimiento medio de $1,26 \pm 0,94$ años, el 89,2% de los pacientes vivos al finalizar la revisión continúan con el tratamiento, 4 pacientes abandonaron por intolerancia digestiva, 4 por sangrado digestivo, 2 por pérdida de seguimiento y 1 por fracaso renal agudo; CHA2-DS2-Vasc promedio de $4,3 \pm 1,3$; HASBLED promedio: $1,9 \pm 0,7$; Sus factores de riesgo más importantes: HTA: 99 (90,8%); ICC 46 (42,2%); FG 30-60 ml/min: 41 (37,6%); Crp promedio $1,00 \pm 0,27$ mg/dl; DM2: 24 (22%); ictus previo: 23 (21,1%); E. coronaria: 11 (10,1%); E. arterial periférica: 10 (9,2%). Tiempo promedio hasta primera hemorragia: 1,41 años. Ningún paciente tuvo un segundo evento hemorrágico. Tiempo hasta el único evento isquémico: 2,15 años. Los eventos principales se muestran en la tabla. Fallecieron 7 pacientes (5,1/100 pacientes/año), dos de causa vascular por insuficiencia cardíaca (1,4/100 pacientes/año) y 5 de causa no vascular. No hubo ninguna embolia sistémica no cerebral.

| | Número bruto | Tasa de incidencia 100 pacientes/año |
|---------------------|--------------|--------------------------------------|
| Ictus isquémico | 1 | 0,73 |
| Hemorragias totales | 10 | 7,27 |

| | | |
|-------------------------------------|---|------|
| Hemorragia mayor (las 4 digestivas) | 4 | 2,91 |
| Hemorragia mortal | 0 | 0 |
| Hemorragia intracerebral | 0 | 0 |
| Hospitalización por ICC | 3 | 2,18 |
| IAM/SCA | 0 | 0 |

Conclusiones: Se ha demostrado el beneficio clínico del dabigatrán en pacientes con FAnV tanto en ensayos clínicos como en estudios en vida real. Aun así, siguen existiendo reticencias para su uso por temor a las hemorragias. En la práctica diaria de una consulta de RV de MIN, con una población anciana en FAnV y alto riesgo isquémico, dabigatrán se muestra como un fármaco eficaz y seguro, bien tolerado y con una baja tasa de abandonos, lo que le convierte en un fármaco a considerar como primera elección o como alternativa a los AVK en nuestros pacientes.