



EV-004 - SEGURIDAD DEL USO DE DABIGATRÁN 110 EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE FRENTE A AQUELLOS QUE CAMBIAN DESDE ACENOCUMAROL

S. Morera Rodríguez, J. Castiella Herrero, J. Lajusticia Aisa y F. Sanjuán Portugal

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

Resumen

Objetivos: Valorar la seguridad en práctica clínica real del uso del dabigatrán 110 dos veces al día (D110) como primera opción terapéutica en pacientes con fibrilación auricular (FA) que inician el tratamiento anticoagulante (TAO), frente a aquellos que cambian desde acenocumarol (AVK).

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de pacientes con FA y un seguimiento ? 60 días. Análisis descriptivo de los principales factores de riesgo y patologías de base en el momento de inclusión. Se dividen en dos grupos: Grupo 1 (G1) pacientes que inician el TAO con D110, y Grupo 2 (G2) aquellos que cambian desde el AVK. Se muestran tasas brutas de incidencia por 100 pacientes y año, las medias simples con desviaciones estándar y porcentajes. En G1 son pacientes con edad ? 80 años o con 75-79 años si tienen un FGe 30-60 ml/min/m² (CKD-EPI) o alto riesgo hemorrágico. En el G2 cuando, además, el TRT (método Rosendaal) y/o el INR eran 65 y/o 60% respectivamente, o cuando el paciente presentó algún evento isquémico o hemorrágico. La hemorragia mayor y los criterios de exclusión se detallan en otra comunicación.

Resultados: Se analizan 130 pacientes, 61 (46,9%) pertenecen al G1 y 69 (53,1%) al G2. El 49,2 y el 46,4% respectivamente son mujeres; el 93,4 y el 92,8% con HTA; el 45,9 y 66,7% con ICC; el 45,9 y el 44,9% con ERC; el 19,7 y el 29% con DM2; el 27,9 y el 24,6% con ictus previo; el 8,2 y 17,4% con enfermedad coronaria; el 8,2 y el 15,9% con hemorragia previa. Sus principales características en el momento de su inclusión se presentan en la tabla. El 75,4% de los cambios (G2) fueron por un control inadecuado del TRT y/o INR. Los pacientes del G1 presentaron una tasa de hemorragias totales de 6,1%, con un tiempo hasta la primera hemorragia de 0,98 años, frente a 10,29% y un tiempo de 0,73 años en el G2. Las tasas de incidencia se muestran en la figura. No hubo ningún ictus hemorrágico ni hemorragia mortal. Se dio un caso de hemorragia intracraneal tras TCE en cada grupo. Hubo 3 casos de intolerancia digestiva (2 en G1 y 1 en G2) con dos abandonos en el G1.

Características de los pacientes

G1 (n = 61)

G2 (n = 69)

Edad (\pm DE)	82,1 (4,9)	82,8 (5,2)
CHA2-DS2-VASc (\pm DE)	4,7 (1,2)	5,0 (1,4)
HAS-BLED (\pm DE)	2,1 (0,7)	2,7 (0,7)
Charlson ajustado (\pm DE)	6,0 (2,0)	6,7 (1,8)
Nº de principios activos (\pm DE)	6,8 (2,8)	7,8 (2,9)
% FA permanente	63,9	84,1



Conclusiones: Es seguro iniciar el TAO con D110 en población anciana con FA, como también lo es cuando se cambia desde acenocumarol. El mayor número de eventos hemorrágicos entre los pacientes de G2 (que además se presentan antes) es debido a hemorragias menores. La mayor mortalidad CV de este grupo puede ser el resultado de su mayor complejidad, factores de riesgo y comorbilidad.