



## ICYFA-151 - PACIENTES ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS TIPO-2 TRATADOS CON ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA A DOSIS BAJAS POR FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

M. Soto Martín, C. Mancilla Reguera, A. Ostos Ruiz, F. Carrasco Sánchez y R. Delgado Villa

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el perfil de pacientes con diabetes mellitus tipo-2 (DM2) y fibrilación auricular (FA) no valvular tratados con anticoagulantes de acción directa (AAD) a dosis bajas.

**Material y métodos:** Estudiamos una cohorte piloto retrospectiva de pacientes con DM2 hospitalizados de forma consecutiva en nuestra unidad de medicina interna y que presentan FANV con criterios de anticoagulación permanente. Se incluyeron pacientes previamente anticoagulados y pacientes con FA de inicio. Comparamos los pacientes con AAD a dosis bajas frente a los pacientes que recibían dosis plenas. La función renal se evaluó por niveles de creatinina y estimación filtrado glomerular (FG) por CK-EPI. Para comparar las características basales de ambos grupos, se utilizó una t-Student o U-Mann Whitney para las cuantitativas, y una  $\chi^2$  para cualitativas. Se evaluó la incidencia de sangrado e ictus a los 6 meses de seguimiento.

**Resultados:** De un total de 137 pacientes, la tasa de anticoagulación fue del 63,5% (116 pacientes). De estos, 43 pacientes (31,4%) recibieron AAD y 44 pacientes (32,1%) AVK. Entre los pacientes del grupo de AAD, 49 (42,2%) recibieron dosis bajas, y 27 (23,3%) dosis plenas. La distribución de los AAD a dosis bajas fue: apixabán (20 pacientes), dabigatrán (17), ribaroxabán (8) y edoxabán (4). Los pacientes con dosis bajas de AAD eran mayores (edad media  $81 \pm 5,4$  vs  $76,5 \pm 6,9$  años), no hubo diferencias significativas en el sexo y principales comorbilidades (HTA, insuficiencia cardiaca, EPOC, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica y dislipemia). Los pacientes con FA de inicio se anticoagularon preferentemente con dosis bajas, 21 (43,8%) frente a 9 (33,8%) y 4 (10%) con dosis altas y AVK respectivamente ( $p = 0,002$ ). No hubo diferencias respecto a la función renal medida, creatinina media  $1,26 \pm 0,4$  vs  $1,22 \pm 0,5$  ( $p = 0,867$ ), y FG,  $51 \pm 20$  vs  $53 \pm 19$  ml/min ( $p = 0,940$ ). No hubo diferencias significativas en la incidencia de ictus, sangrado mayor y menor en los dos grupos de tratamiento tras un seguimiento de 6 meses.

**Discusión:** La reducción de dosis de los AAD depende de unos criterios establecidos dependiendo del fármaco, salvo dabigatrán donde se puede elegir la dosis, excepto a partir de 80 años que es obligatoria la dosis baja. En práctica clínica real, los AAD se utilizan a dosis bajas con mayor frecuencia de lo esperado. Tras el análisis de nuestro trabajo descriptivo parece que sólo la edad está influyendo en pacientes ancianos para la reducción de dosis. En algunos AAD como ribaroxabán la edad no es un criterio de reducción de dosis. Los pacientes ancianos con FA de inicio reciben

preferentemente AAD, especialmente a dosis bajas, frente a AVK.

*Conclusiones:* La edad parece ser el principal factor determinante del uso de dosis bajas de AAD en pacientes con DM2 y FA no valvular que requieren anticoagulación permanente.