



## 6003-54. USO SEGURO DE DABIGATRÁN 110 EN POBLACIÓN ANCIANA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Sandra Morera Rodríguez, Jesús Castiella Herrero, Francisco Sanjuán Portugal y Justo Lajusticia Aisa de la Fundación Hospital Calahorra, Calahorra (La Rioja).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El subanálisis del RE-LY de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) demostró que dabigatrán 110 (D110) no es inferior a la warfarina para prevenir ictus o embolia sistémica, y además es más seguro para la reducción de la hemorragia mayor. Existe poca información en práctica clínica sobre su uso en población con ERC y fibrilación auricular no valvular (FAnV). Se presentan datos de efectividad y seguridad con su uso en este grupo de pacientes seguidos en una consulta de riesgo vascular de Medicina Interna.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo de pacientes con FAnV y ERC (FG estimado en fase estable entre 30-60 ml/min/m<sup>2</sup> por CKD-EPI) en tratamiento con D110, atendidos hasta marzo de 2017 y un seguimiento de al menos 60 días, en comparación con aquellos sin ERC. Análisis descriptivo mediante revisión de la historia clínica informatizada. Principales factores de riesgo y comorbilidades en el momento de inclusión. Se define la hemorragia mayor como la mortal, con hospitalización, en lugar crítico, necesidad de hemotrasfusión de ≥ 2 unidades o caída de la Hgb de ≥ 2 g/dl. Se muestran tasas de incidencia bruta/100 pacientes/año, medias simples, desviaciones estándar y porcentajes. Se excluyen pacientes con prótesis valvular mecánica, con valvulopatía mitral moderada-grave, con un sangrado digestivo reciente (< 6 meses) y FGe < 30.

**Resultados:** Se analizan 56 pacientes (44,6% mujeres) con ERC y 65 pacientes sin ERC (53,9% mujeres), con seguimiento promedio de 1,40 ± 1,2 y 1,6 ± 0,98 años. En la tabla se muestran las características más relevantes y tasas de incidencia bruta/100 pacientes/año de los principales eventos, incluida la mortalidad. Las comorbilidades más frecuentes en la figura. El tiempo promedio hasta cualquier hemorragia fue inferior para los pacientes con ERC (0,58 frente a 1,1 años). Ningún paciente tuvo un segundo evento hemorrágico, un ictus hemorrágico, una hemorragia mortal ni una embolia no cerebral.



*Comorbilidades (%).*

Características de los pacientes y tasas de incidencia (n)

	Con ERC (n = 56)	Sin ERC (n = 65)
Edad ( $\pm$ DE)	83,1 $\pm$ 5,3	81,5 $\pm$ 4,7
? 85 años (%)	37,5	30,8
Mujeres (%)	44,6	53,9
FA permanente (%)	83,9	75,4
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ( $\pm$ DE)	4,9 $\pm$ 1,2	4,8 $\pm$ 1,3
HAS-BLED ( $\pm$ DE)	2,2 $\pm$ 0,8	2,3 $\pm$ 0,8
Nº promedio de fármacos	7,8	6,9
Uso de antiagregantes (%)	3,6	7,7
Tasa de abandonos (%)	5,4	9,2
Ictus isquémico (n)	1,25 (1)	1,90 (2)
Hemorragia total	7,50 (6)	9,52 (10)
Hemorragia mayor	2,50 (2)	4,76 (5)
Hemorragia digestiva	2,50 (2)	3,80 (4)
Hemorragia intracraneal	0	0,95 (1)
Mortalidad total	11,25 (9)	6,66 (7)
Mortalidad cardiovascular	3,75 (3)	1,90 (2)
IAM/SCA	2,50 (2)	0

IAM/SCA: infarto agudo de miocardio/síndrome coronario agudo.

**Conclusiones:** Hay pocos datos en práctica clínica real sobre el uso de dabigatrán 110 en población anciana con ERC y FAnV. En nuestra experiencia, con un seguimiento promedio de 1,5 años, su uso es efectivo, seguro y bien tolerado. Las mayores tasas de ictus y hemorragia en el grupo sin ERC pudiera ser por tratarse de pacientes con mayor patología vascular y más uso de antiagregantes. Hay que extremar la vigilancia de los pacientes con ERC por que la hemorragia se presenta con mayor antelación.