



Revista Española de Cardiología



5012-8. SEGURIDAD DE LA DIGOXINA EN PACIENTES NONAGENARIOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR. LECCIONES DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

Pablo Domínguez Erquicia¹, Sergio Raposeiras Roubín¹, Emad Abu Assi¹, María Cespón Fernández¹, David Alonso Rodríguez², Santiago J. Camacho-Freire³, Naiara Cubelos Fernández², Álvaro López-Masjuán Ríos³, María Melendo Viu¹ y Andrés Íñiguez Romo¹

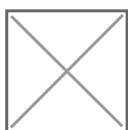
¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ²Complejo Asistencial Universitario de León. ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción y objetivos: La asociación entre digoxina y mortalidad es aspecto no aclarado. En pacientes mayores con fibrilación auricular (FA), donde el uso de digoxina es frecuente, la evidencia de su seguridad es escasa. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad de la digoxina en pacientes nonagenarios con FA en términos de mortalidad.

Métodos: Evaluamos los datos de 795 pacientes ≥ 90 años de un registro retrospectivo multicéntrico de 3 áreas de España de pacientes nonagenarios con FA no valvular. Dividimos a los pacientes en dos grupos en función de si tomaban digoxina (380) o no (415). Analizamos la relación entre digoxina y mortalidad con un modelo de riesgos proporcionales de Cox y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: El seguimiento fue de $27,7 \pm 18,3$ meses. La edad media fue $92,5 \pm 3,8$ años (rango 90,0-112,7) y el 71% de los pacientes eran mujeres. La proporción de los fármacos usados para el control de frecuencia se muestra en la figura A. La digoxina no se asoció con un mayor riesgo de mortalidad (aHR 1,16; IC95%: 0,96-1,41; $p = 0,128$) (fig. B). Sin embargo, encontramos un aumento significativo de la mortalidad en el grupo con tasa de filtrado glomerular estimada (por CKD-EPI) $30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (aHR 2,01; IC95%: 1,13-3,57, $p = 0,018$), pero no en los otros grupos de filtrado glomerular ($30\text{-}59$ y $\geq 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Al explorar el riesgo de mortalidad según el sexo, el subgrupo masculino se asoció con un aumento de la mortalidad (aHR 1,48; IC95%: 1,02-2,14, $p = 0,041$). Esto no se observó en el subgrupo de mujeres (aHR 1,03; IC95%: 0,81-1,29, $p = 0,829$). En relación a la presencia o ausencia de antecedentes de insuficiencia cardiaca (IC), no encontramos diferencias significativas en la asociación entre digoxina y mortalidad por todas las causas (HRA 1,20; IC95%: 0,87-1,65, $p = 0,268$ vs aHR 1,15; IC95%: 0,90-1,47, $p = 0,273$, respectivamente) (fig. C).



A: Proporción de fármacos para el control de frecuencia; B: Curvas de Kaplan-Meier para supervivencia; C: Forest plot para mortalidad por subgrupos.

Conclusiones: En nuestro amplio registro de pacientes nonagenarios con FA, no encontramos asociación entre digoxina y mortalidad en la muestra total. Sin embargo, en los análisis de subgrupos, encontramos un aumento de la mortalidad con el uso de digoxina en varones y en pacientes con una TFGe $30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Por tanto, la digoxina parece segura en pacientes nonagenarios, pero estos resultados nos sugieren tener precaución con su uso en determinados subgrupos como los que tienen una función renal más deteriorada.