



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



PROS Y CONTRAS

Duración del tratamiento anticoagulante. A favor de plazos cortos

J.A. Nieto Rodríguez* y J.C. Ramírez Luna

Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

Recibido el 29 de diciembre de 2016; aceptado el 18 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Tromboembolia venosa;
Duración del tratamiento;
Anticoagulación;
Recurrencias;
Hemorragias

KEYWORDS

Venous thromboembolism;
Treatment duration;
Anticoagulation;
Relapses;
Haemorrhages

Introducción

Resumen Durante los últimos años se ha observado una tendencia a prolongar la duración del tratamiento anticoagulante en los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (EDEV). Esto expone a los pacientes a un mayor riesgo de hemorragias graves y mortales que, en determinadas situaciones, superan los beneficios relacionados con la reducción de recurrencias de la enfermedad. En esta revisión se repasan las evidencias a favor de reducir al mínimo el tratamiento anticoagulante, especialmente en los pacientes con EDEV «provocada» por factores de riesgo transitorios, con trombosis venosa profunda aislada, y con EDEV «no provocada» y riesgo alto de hemorragia.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Anticoagulant therapy duration. In favour of short-term courses

Abstract In recent years, we have observed a tendency to extend anticoagulant therapy for patients with venous thromboembolism disease (VTE). This practice exposes patients to a greater risk of severe and fatal haemorrhage, which, in certain conditions, outweighs the benefits related to the reduction in disease recurrence. This review examines the evidence in favour of reducing anticoagulant therapy as much as possible, especially for patients with VTE "caused" by temporary risk factors, with isolated deep vein thrombosis and with unprovoked VTE and a high risk of haemorrhage.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseanietor@gmail.com (J.A. Nieto Rodríguez).

Durante los últimos años se ha observado una tendencia a prolongar la anticoagulación oral (ACO), tanto en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETE) «provocada» como «no provocada». En el estudio EINSTEIN solo el 12% de los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) y el 5% con embolia pulmonar (EP) recibieron tratamiento durante 3 meses^{1,2}. En el Registro Informatizado de Enfermedad Trombo-Embólica (RIETE), que recoge información de nuestra práctica clínica, más del 50% de los pacientes con ETE provocada prolongan el tratamiento más allá de los 3 meses (datos no publicados). Uno de los motivos es que, al suspender la anticoagulación, el 22,6% de los pacientes tendrá un nuevo episodio en 5 años³. Además, la implicación de factores de riesgo permanentes, como los antecedentes familiares, la obesidad, los déficits neurológicos, la trombofilia o el síndrome posttrombótico, genera dudas sobre el pronóstico. Esto ocasiona que bastantes clínicos se sientan más cómodos prolongando la anticoagulación, incluso en la ETE provocada.

Balance de recurrencias y hemorragias

La ETE es una enfermedad crónica recurrente⁴ y la anticoagulación prolongada es una medida eficaz para prevenirla^{5,6}. El objetivo del tratamiento anticoagulante es reducir la incidencia de recurrencias al mínimo, pero manteniéndolo el menor tiempo posible para evitar el riesgo hemorrágico. Parece claro que la ACO durante solo 4-6 semanas se asocia a un riesgo elevado de recurrencia tras la suspensión del tratamiento⁷. Con periodos de ACO algo más prolongados se reduce el riesgo de recurrencia y el número de sangrados relacionados con el tratamiento sigue siendo pequeño comparado con el número de nuevos episodios de tromboembolia que se previenen⁵. En un análisis de 7 ensayos clínicos con diferentes tiempos de anticoagulación⁸ se comprobó que 3 meses es el tiempo límite de ACO, por debajo del cual las recurrencias aumentan (HR 1,52; 1,14-2,02), mientras que no hay diferencias con duraciones entre 3 y 6 meses (HR 1,19; 0,86-1,65). Después del plazo mínimo, la ACO solo protege mientras el paciente está anticoagulado⁵ y prolongar el tratamiento no confiere una protección extra cuando este se suspende.

Al suspender la ACO, el riesgo de recurrencia respecto a los pacientes que continúan anticoagulados es 2,23 (intervalo de confianza del 95% [IC del 95%], 1,71-2,91) durante los 2 primeros meses y 1,49 (IC del 95%, 1,08-2,05) entre el segundo y el cuarto meses⁹, lo que confirma que las recurrencias se concentran en los primeros meses⁸. La reducción del riesgo con el paso del tiempo probablemente se debe a que la exposición a los factores de riesgo temporales también se va reduciendo. La hipercoagulabilidad de rebote al suspender los anticoagulantes⁹, o la existencia de lesiones pretrombóticas asintomáticas que se tornarían clínicamente evidentes al suspender la ACO, también podrían explicar parte del fenómeno.

Muertes por hemorragia y embolia pulmonar

En general, existe beneficio de la ACO cuando se reduce la ETE recurrente en mayor medida de lo que aumentan las hemorragias graves; en particular, cuando las muertes por

EP que previene superan a las causadas por hemorragia. Se sabe que pasados los 10 primeros días de tratamiento anticoagulante los fallecimientos por hemorragia superan a los de EP fatal¹⁰, especialmente en los pacientes diagnosticados de TVP. Pasados los primeros 90 días de tratamiento, la diferencia es aún más evidente en cualquiera de las presentaciones de la ETE (fig. 1). Aunque la mortalidad relacionada con la ETE es pequeña y se reduce con el paso del tiempo, la de las hemorragias se mantiene constante, por lo que el beneficio neto es progresivamente menor.

Los pacientes con EP «no provocada» (tabla 1) a los que se suspende la ACO tienen una incidencia aproximada de ETE recurrente del 7-15%¹¹⁻¹³ en el primer año (7,5% en forma de EP sintomáticas)¹⁰. La mortalidad de estos episodios es del 9-18%¹⁰⁻¹⁴, con una proporción anual de fallecimientos del 0,7-1,3%. En el análisis de datos agrupados procedentes de ensayos clínicos^{15,16}, tanto la incidencia de EP mortal como la mortalidad de los episodios son llamativamente más bajas, en torno al 0,13-0,3 y el 3,6% (1,9-5,7%), respectivamente, probablemente debido a la selección de los pacientes incluidos. En contraste, la incidencia de hemorragia grave en pacientes anticoagulados es del 1,35-3,4%¹⁷ al año y la de muerte por hemorragia del 0,2-0,5%¹⁸ (ensayos clínicos y vida real). Parece claro que en estos pacientes con EP «no provocada» la anticoagulación es beneficiosa.

En el caso de la EP «provocada» las cifras son algo inferiores: 3-6%^{11,12} de recurrencia global, 2-4% de recurrencia como EP y 0,3-0,5% de mortalidad por EP; esta última parecida a la de la hemorragia. Si se trata de una TVP, el exceso de mortalidad por hemorragias es más evidente (tabla 1).

Hemorragias durante el tratamiento

La ACO aumenta 5 veces el riesgo de hemorragia grave¹⁷, especialmente durante el primer mes de tratamiento. De todas las localizaciones, la hemorragia intracraneal tiene la mayor mortalidad. El sangrado digestivo es más frecuente, pero su mortalidad es mucho menor. En pacientes del RIETE¹⁹, la incidencia de hemorragia grave y mortal durante los 3 primeros meses fue del 2,2 y el 0,56%, respectivamente.

Los nuevos anticoagulantes orales de acción directa²⁰ reducen un 40% la incidencia de hemorragias graves y un 65% tanto la hemorragia intracraneal como las muertes por hemorragia, por lo que la valoración del tiempo de tratamiento debe hacerse específicamente para el tipo de anticoagulante utilizado. No sería de extrañar que las recomendaciones futuras sean menos restrictivas cuando haya más experiencia con estos fármacos.

Recomendaciones actuales

La guía del American College of Chest Physicians (ACCP) de 2016⁵ recomienda 3 meses de ACO de forma general para todos los pacientes y, cumplido este plazo, hacer una evaluación individual del riesgo de recurrencia y sangrado. Este tiempo se ha establecido teniendo en cuenta el balance entre las consecuencias del tratamiento anticoagulante y la evolución natural de la enfermedad, que puede cambiar con el tiempo y debe reevaluarse periódicamente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683423>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683423>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)