



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



PROS Y CONTRAS

Anticoagulación extendida en la enfermedad tromboembólica venosa. A favor

M.C. Fernández Capitan

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 2 de enero de 2017; aceptado el 23 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Enfermedad tromboembólica venosa;
No provocado;
Recurrencia;
Hemorragia;
Anticoagulación extendida;
Anticoagulantes

KEYWORDS

Venous thromboembolism disease;
Unprovoked;
Recurrence;
Haemorrhage;
Extended anticoagulation;
Anticoagulants

Resumen La enfermedad tromboembólica venosa puede considerarse una enfermedad crónica ya que, tras un primer episodio, el riesgo de recurrencia permanece toda la vida. La recurrencia es una complicación grave. La anticoagulación es eficaz mientras se mantiene, pero al suspenderla el riesgo de nuevos eventos trombóticos persiste indefinidamente. Las guías de práctica clínica ofrecen recomendaciones específicas sobre la duración del tratamiento en pacientes con enfermedad provocada o recurrente, pero son poco precisas para aquellos con un primer episodio no provocado. La decisión debe tomarse tras una cuidadosa valoración individual del riesgo-beneficio de la anticoagulación. Este artículo repasa las evidencias a favor de prolongar la anticoagulación y las opciones terapéuticas actuales.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Extended anticoagulation in venous thromboembolism disease. In favour

Abstract Venous thromboembolism disease can be considered a chronic disease because, after the first episode, there is a life-long risk of recurrence. Recurrence is a severe complication. Anticoagulation is effective while it is maintained, but when it is discontinued, the risk of new thrombotic events persists indefinitely. Clinical practice guidelines offer specific recommendations on the treatment duration for patients with provoked or recurrent disease but are not specific for those with a first unprovoked episode. The decision should be made after a careful individual assessment of the risk-benefit of anticoagulation. This article reviews the evidence in favour of extending the anticoagulation and the current therapeutic options.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U.

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una enfermedad grave que, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, mantiene una mortalidad elevada (13%) y produce secuelas importantes como la hipertensión pulmonar

Correo electrónico: mfcapitan@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.02.017>

0014-2565/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Cómo citar este artículo: Fernández Capitan MC. Anticoagulación extendida en la enfermedad tromboembólica venosa. A favor. Rev Clin Esp. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.02.017>

(3% anual), o el síndrome posttrombótico (SPT) (30% en 8 años)^{1,2}. La ETEV puede considerarse una enfermedad crónica ya que, después de un primer episodio, el riesgo anual de recurrencia es del 2-3,8%, alcanzando el 30-50% en 10 años, con una mortalidad asociada del 3-18%³⁻⁵.

Las guías de práctica clínica^{6,7} recomiendan realizar tratamiento anticoagulante de duración limitada en la mayoría de pacientes con ETEV, pero el alto riesgo de recurrencia hace que muchos requieran su prolongación⁸. Aunque la anticoagulación prolongada es eficaz, el riesgo de recurrencia permanece cuando se retira y se desconoce cuál debe ser la duración óptima del tratamiento⁹. Por lo tanto, la decisión más difícil en la ETEV no es la de anticoagular, ni a quién, o qué tratamiento utilizar, sino cuándo suspender los anticoagulantes a un paciente después de un tiempo limitado de tratamiento.

En la guía del *American College of Chest Physicians* (ACCP)⁶ se sugiere, como duración más adecuada de tratamiento con diferentes grados de recomendación basados en la evidencia, 3 meses en los pacientes con ETEV «provocada». Asimismo, se recomienda prolongar la anticoagulación, sin fecha programada de finalización («anticoagulación extendida»), en aquellos pacientes con ETEV idiopática de repetición o asociada a cáncer.

La duda fundamental para extender la anticoagulación surge en los pacientes que han sufrido un primer episodio de ETEV no provocada, sobre todo en aquellos sin riesgo elevado de sangrado. No existe una regla de predicción clínica que clasifique a estos pacientes y la decisión, siempre difícil, se basa en una cuidadosa valoración del riesgo y el beneficio de la anticoagulación; beneficio de evitar una recurrencia y sus consecuencias, y riesgo de hemorragia, sobre todo la temida hemorragia intracraneal.

La decisión de mantener la anticoagulación debe fundarse principalmente en el riesgo de recurrencia, ya que el riesgo de hemorragia es secundario, difícil de predecir y debe asumirse cuando el primero es elevado. En cualquier caso, antes de tomar una decisión definitiva es necesario facilitar una información clara y comprensible al paciente y tener en cuenta su opinión.

Riesgo de recurrencia y de hemorragia

El riesgo de recurrencia se mantiene a lo largo de toda la vida del paciente y, aunque es mayor en el caso de ETEV idiopática, también existe cuando hay factores de riesgo (tabla 1). Para facilitar la decisión terapéutica se han buscado factores que puedan ayudar a estratificar el riesgo de recurrencia, como el género del paciente y la concentración de dímero D medido un mes después de suspender la anticoagulación. Los hombres tienen un riesgo de recidiva 1,75 veces mayor que las mujeres, y los pacientes con dímero D elevado el doble que los que lo tienen normal⁹⁻¹¹. También se han utilizado otros factores como la edad (< 50 años), la persistencia de trombosis venosa (> 40% de la luz obstruida, riesgo relativo [RR] 1,5)¹², la trombofilia (RR: 1,5; síndrome antifosfolípido RR: 2)¹³ o el SPT. Por último, es importante considerar la forma de expresión clínica inicial de la ETEV. Los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) distal tienen un riesgo de recurrencia 5 veces menor que aquellos con TVP proximal y, por otra parte, en los pacientes con embolia pulmonar (EP) el riesgo de que la recurrencia se manifieste como un

Tabla 1 Riesgo de recurrencia estimado de enfermedad tromboembólica venosa

Riesgo general de recurrencia estimado ^a	en 5 años
Pacientes con ETEV (TVP proximal o EP) provocada	15%
Mujeres con dímero-D negativo	15%
Varones con dímero-D negativo	25%
Pacientes con ETEV (TVP proximal o EP) idiopática	30%
Riesgo general de recurrencia estimado	en 10 años
ETEV secundaria	20%
Episodio grave de EP	30%
ETEV idiopática	50%

^a Los pacientes con un segundo episodio de ETEV tienen un riesgo de recurrencia de aproximadamente un 50% mayor que los que tienen un episodio.

EP: embolia pulmonar; ETEV: enfermedad tromboembólica venosa; TVP: trombosis venosa profunda;

nuevo episodio de EP se multiplica por 3, con el consiguiente aumento de mortalidad^{14,15}.

Muchos de estos factores se han recogido en escalas de predicción de la recidiva^{11-16,17}. Un riesgo de recurrencia menor del 5% al año o del 15% a los 5 años se considera aceptable y justificaría suspender la anticoagulación después de 3 meses de tratamiento. Sin embargo, la falta de validación de estos factores hace que no existan recomendaciones firmes sobre su utilización para decidir el tiempo de anticoagulación tras una primera ETEV idiopática¹⁸.

También existen escalas para estimar el riesgo de hemorragia, inherente al tratamiento anticoagulante, en función de la existencia de diversos factores. Nuevamente, el hecho de estar basadas en estudios realizados en pacientes anticoagulados por otras causas o en pacientes con ETEV durante un tratamiento de duración prefijada, limita su utilidad en la valoración de extender la anticoagulación.

Balance del riesgo-beneficio de extender la anticoagulación

La consecuencia más grave de una recurrencia o de una hemorragia es la muerte del paciente. La tasa global de mortalidad por ETEV recurrente es del 3,6% (1,9-5,7%)³⁻⁵. La tasa de mortalidad por hemorragia varía a lo largo del tiempo. Según un metaanálisis, en los 3 primeros meses de anticoagulación la tasa de hemorragia mayor es del 2,06% (2,04-2,08%) y la de hemorragia mortal es del 0,37% (0,36-0,38%)¹⁹, similar a lo observado en pacientes del «Registro Informatizado de pacientes con Enfermedad TromboEmbólica» (RIETE), con cifras respectivas del 2,2 y 0,56%²⁰. Después de 3 meses estas tasas son del 2,74 y 0,63%, respectivamente¹⁵. Muchos de estos datos proceden de estudios retrospectivos y ensayos clínicos realizados en pacientes seleccionados o que reciben anticoagulación durante un tiempo limitado, por lo que infraestiman la incidencia real de recurrencia, y su validez para decidir la prolongación o no del tratamiento es cuestionable.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683422>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683422>

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