



## T-005 - EFECTO DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE TERAPIA ANTICOAGULANTE EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETEV) AGUDA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ESTUDIO EFISAC

J. Varona<sup>1</sup>, R. Ortiz-Regalón<sup>1</sup>, M. Fernández López-Peláez<sup>2</sup>, I. Bule<sup>3</sup> y J. Barberán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Radiología. Hospital HM Montepíncipe/Universidad CEU-San Pablo. Madrid.

<sup>3</sup>Documentación. Hospital HM. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** El tiempo de mantenimiento de la terapia anticoagulante en la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) idiopática, la más frecuente, depende fundamentalmente del riesgo de complicaciones hemorrágicas asociada a la misma. El presente estudio describe y compara el uso y efectos de las diferentes modalidades terapéuticas de anticoagulación disponibles en la ETEV en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Se realizó evaluación y seguimiento clínico de los pacientes supervivientes tras un episodio agudo de ETEV entre noviembre 2013-diciembre 2016, evaluando etiología documentada, terapia empleada, recurrencia de ETEV, mortalidad y sangrado asociado a anticoagulación. El estudio contó con la colaboración de BMS/Pfizer.

**Resultados:** Se incluyeron 151 pacientes (edad media 58,2 años; 56% hombres) seguidos un tiempo medio de 16 meses. El 61% recibió anticoagulantes de acción directa orales (AAD; 30% apixabán, 30% rivaroxabán y 1% dabigatrán), el 22% anti-vitamina K orales (AVK) y el 17% heparina bajo peso molecular (HBPM) con una media de tiempo de anticoagulación de 8,2 meses. Durante el seguimiento se registraron 3 fallecimientos en pacientes con HBPM (AVK vs HBPM vs AAD: 0% vs 11,5% vs 0%;  $p = 0,004$ ), 5 episodios de recurrencia de ETEV (3,3%) en pacientes bajo terapia anticoagulante (AVK vs HBPM vs AAD: 5,9% vs 3,8% vs 2,2%;  $p = 0,60$ ) y 12 episodios de sangrado (7,9%), 4 hemorragias mayores, con asociación estadísticamente significativa entre sangrado mayor y la modalidad de anticoagulación empleada (AVK vs HBPM vs AAD: 8,8% vs 3,8% vs 0,0%;  $p = 0,017$ ); y 8 hemorragias no mayores (AAD vs AVK vs AAD: 6,6% vs 5,9% vs 0,0%;  $p = 0,20$ ). Respecto al sangrado específicamente asociado a AAD, apareció en el 8,9% de pacientes tratados con ribaroxaban y el 4,3% de los pacientes tratados con apixabán. La disfunción renal y la edad > 60 años fueron factores asociados con el riesgo de sangrado. Durante el seguimiento, 136 sujetos (90%) no sufrieron eventos clínicos durante la anticoagulación (AVK vs HBPM vs AAD: 84,8 vs 88,5 vs 92,3%;  $p = 0,50$ ).

**Discusión:** Los AAD muestran una tendencia clínica a una mayor seguridad respecto a la terapia AVK, con menor proporción de episodios hemorrágicos (específicamente sangrado mayor) y una mayor efectividad con menor proporción de recurrencias de ETEV. Nuestros hallazgos en la práctica clínica habitual están en línea con los resultados de los ensayos clínicos controlados sobre las

ventajas del empleo de AAD en el manejo terapéutico de la ETEV con respecto a los AVK.

*Conclusiones:* En la práctica clínica, los AAD presentan igual o superior seguridad y efectividad con respecto a los AVK.