



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EL ARTÍCULO DEL MES

La aspirina® para prevenir la recurrencia de la enfermedad tromboembólica venosa

Becattini C, Agnelli G, Schenone A, Eichinger S, Bucherini E, Silingardi M, et al. Aspirin for preventing the recurrence of venous thromboembolism. N Engl J Med. 2012;366:1959-1967.

Introducción: Cerca del 20% de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETE) idiopática tienen una recurrencia a los 2 años de la suspensión del tratamiento anticoagulante oral. La prolongación de la misma previene las recurrencias, pero se asocia con episodios hemorrágicos. Este estudio evalúa la eficacia de la aspirina® (AAS) para prevenir la recurrencia de ETE tras la retirada del tratamiento anticoagulante.

Métodos: Estudio multicéntrico, aleatorizado y doble ciego. Se incluyó a 403 pacientes que habían recibido tratamiento anticoagulante durante un periodo comprendido entre 6 y 18 meses, tras un primer episodio de trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP) idiopático. Se comparó la eficacia de la administración de AAS a dosis de 100 mg/día (205 pacientes) durante 2 años frente a placebo (197 pacientes) en la prevención de la recurrencia de ETE, así como su seguridad midiendo el riesgo hemorrágico.

Resultados: Durante el periodo de seguimiento (mediana: 24,6 meses) 28 pacientes del grupo AAS (6,6%) y 43 del grupo placebo (11,2%) mostraron un nuevo episodio de ETE (*hazard ratio* [HR]: 0,58; intervalo de confianza (IC) al 95%: 0,32-0,93; $p=0,02$). Durante el tiempo de tratamiento (mediana: 23,9 meses) lo hicieron 23 pacientes del grupo AAS y 39 del grupo placebo (5,9 vs. 11% por año; HR: 0,55; IC 95%: 0,33-0,92; $p=0,02$). El análisis multivariante ajustando por edad, sexo, tipo de ETE previa (TVP, TEP o ambos) y duración de la anticoagulación inicial (6, 12 o 18 meses), confirmó que AAS disminuye la recurrencia de ETE (HR: 0,54; IC 95%: 0,32-0,85; $p=0,009$). La edad mayor de 65 años y el sexo masculino se comportaron como factores de riesgo independientes ($p=0,02$ y $p=0,01$ respectivamente). El riesgo de hemorragia (un paciente de cada grupo presentó una hemorragia mayor), así como la incidencia de otros efectos adversos fue parecida en ambos grupos.

Conclusión: La AAS reduce la recurrencia de ETE tras la retirada de la anticoagulación después un episodio idiopático de ETE, sin incrementar el riesgo hemorrágico.

Comentario

La ETE idiopática conlleva mayor riesgo de recurrencia en comparación con la asociada a factores de riesgo. El uso de anticoagulación a largo plazo disminuye este riesgo, pero implica mayores incidencias de episodios hemorrágicos, en ocasiones fatales. La duración de la anticoagulación a largo plazo debe basarse en el riesgo de recurrencia de ETE tras su suspensión, el riesgo hemorrágico individualizado y las preferencias del paciente. Como ante cualquier otra actuación médica, debemos establecer el balance riesgo/beneficio antes de tomar una decisión.

El papel de la AAS en la prevención primaria o secundaria de la ETE se basa en la participación de las plaquetas en la formación del trombo, como parte estructural del mismo y como liberadoras de mediadores inflamatorios. El riesgo de hemorragia asociado al uso crónico de AAS es superponible al del placebo y muy inferior al que conlleva el tratamiento anticoagulante oral crónico. Además, es un fármaco asequible, económico, con perfil de seguridad más que aceptable, demostrado tras muchos años de experiencia clínica, y con beneficios clínicos relevantes en otros aspectos como la prevención de los episodios cardiovasculares y cerebrovasculares, que a su vez no son infrecuentes en los pacientes con enfermedad tromboembólica idiopática. Por otra parte, y a diferencia de los anticoagulantes orales, no precisa de monitorización analítica específica.

Aunque la AAS parece eficaz en la prevención de la ETE, su eficacia es inferior a la del tratamiento anticoagulante. En los pacientes con alto riesgo de recurrencia de ETE y riesgo hemorrágico elevado asociado a la anticoagulación crónica, se podría plantear el uso de este fármaco como una buena alternativa. No obstante, son necesarios más estudios para poder establecer una indicación clara y respaldada por una evidencia científica más amplia.

L. Fernández de Orueta

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Correo electrónico: luciafdezdeorueta@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.09.012>