

Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)

*Importancia de la enfermedad
y
las estrategias farmacoterapéuticas.*

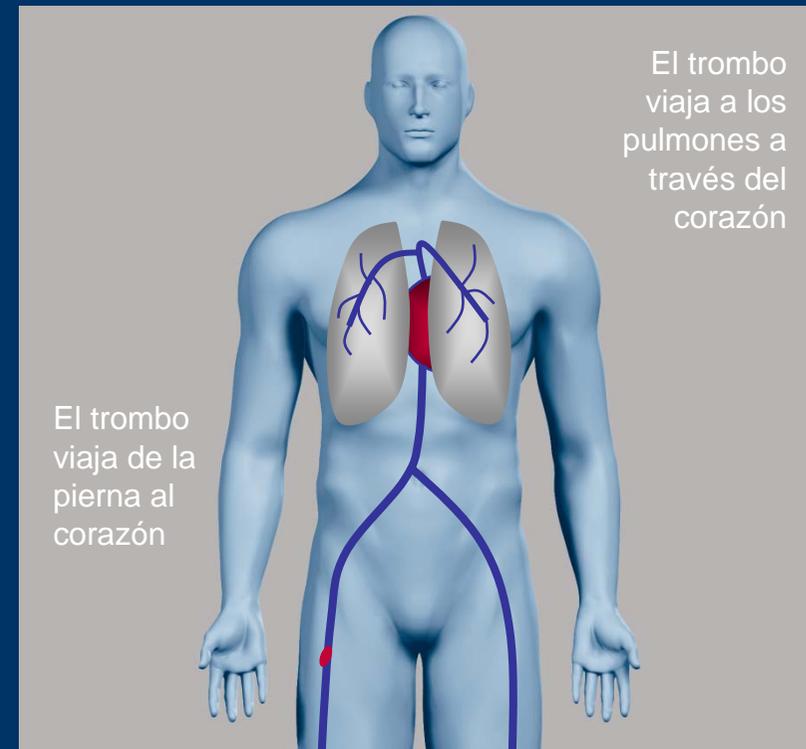
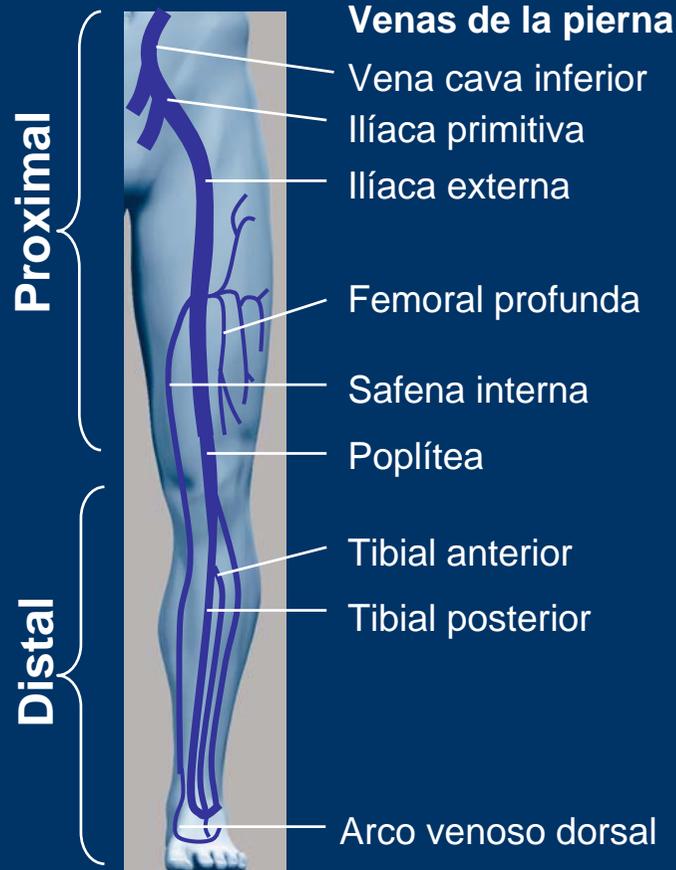
Dr. José Luis Poveda Andrés
Jefe de Servicio de Farmacia
Hospital Universitario la Fe
Valencia

Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV)

Comprende:

Trombosis Venosa Profunda (TVP)

Embolia Pulmonar (EP)



Complicaciones a largo plazo de la ETV

- La **Trombosis Venosa Profunda Recurrente (TVPR)** es una complicación frecuente, habiéndose reportado porcentajes de aparición del 30% tras 10 años de seguimiento¹
- El **síndrome posttrombótico (SPT)** afecta al 62% de los pacientes con TVP confirmada por flebografía², causando
 - Dolor, calambres, prurito, ulceración, etc.
 - Movilidad reducida
 - Afectación de la calidad de vida
 - Prolongación de la hospitalización
 - El manejo de la sintomatología es costoso³

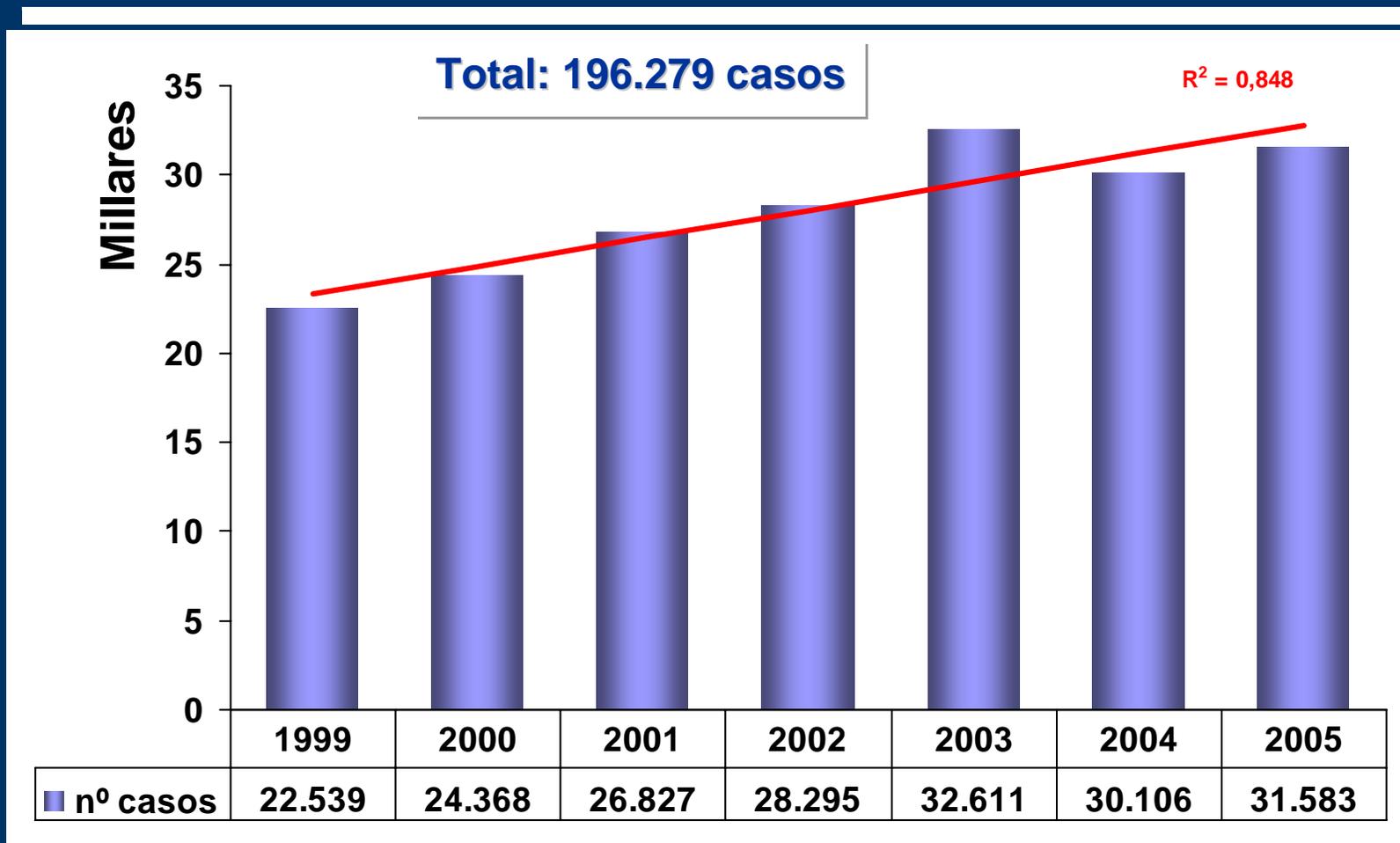


1. Schulman S. *J Thromb Haemost* 2006
2. Gabriel F. *Thromb Haemost* 2004
3. Prandoni P. *Haematologica* 1997

Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)

- *La ETEVE supone una carga importante para los pacientes, los profesionales de salud y el SNS*

Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)



Nº Ingresos por EP:

59.035 (30%)

Nº Ingresos por TVP:

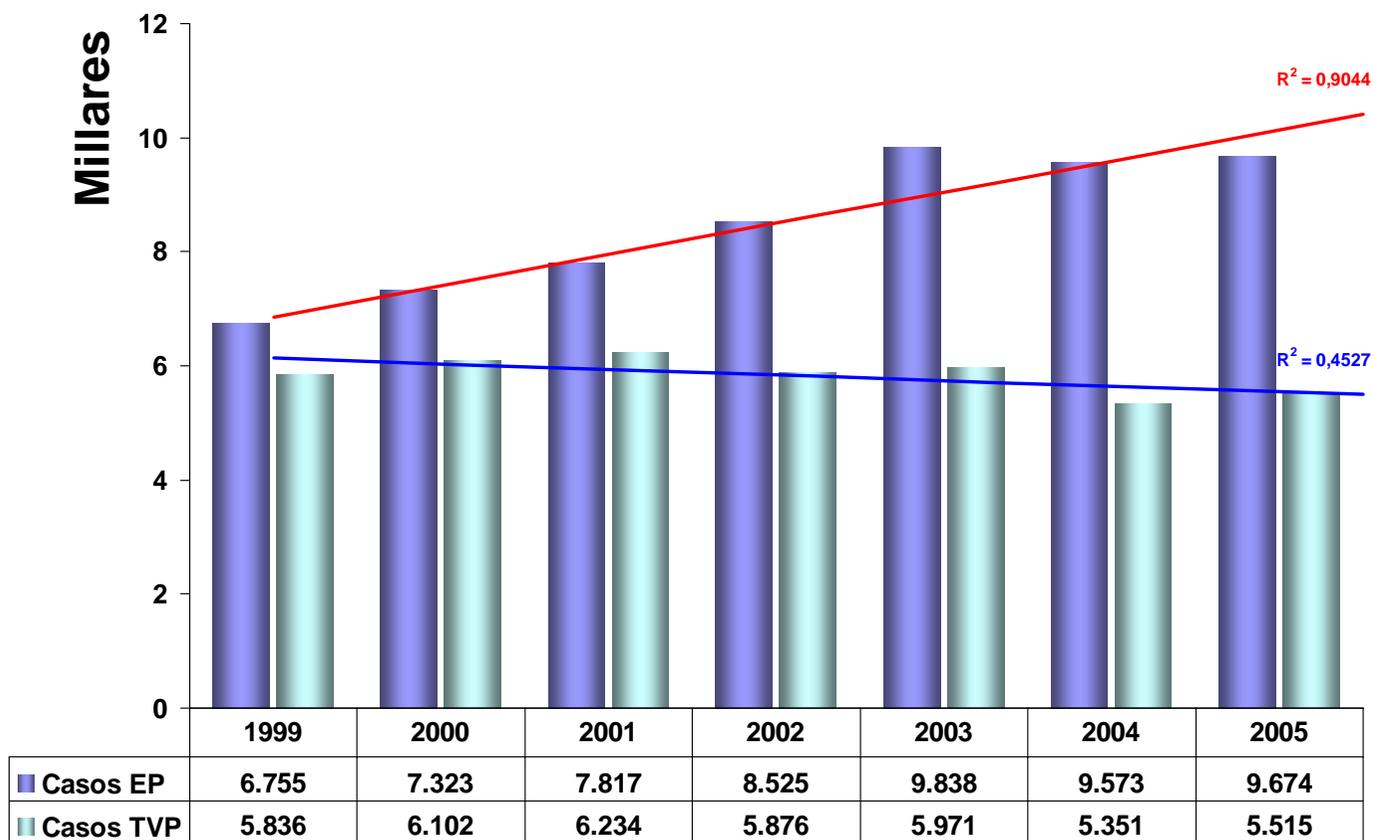
40.992 (21%)

Nº ETV como diagnóstico secundario:

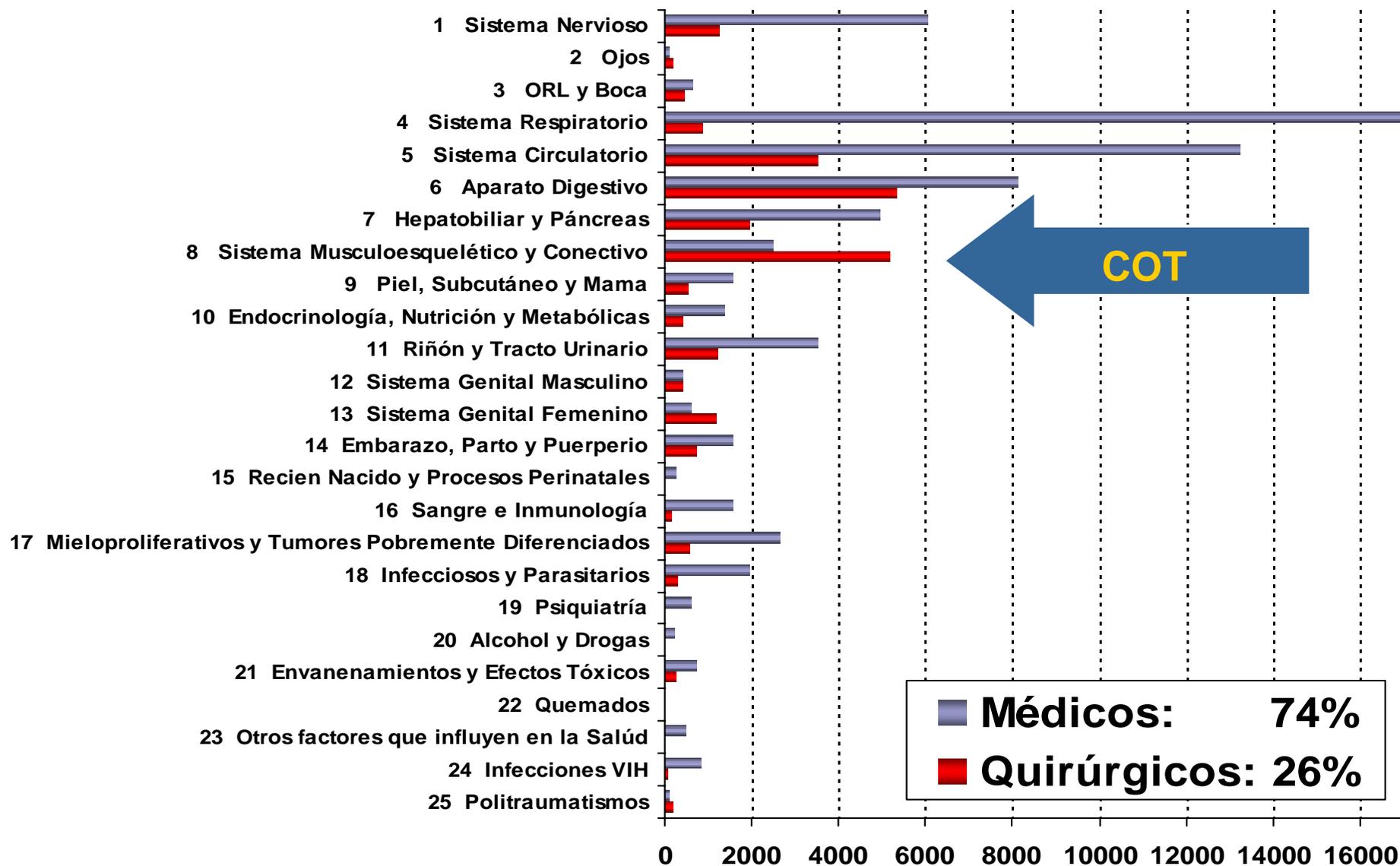
47.530 (49%)

Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE)V

Total altas cuya causa de ingreso fue la ETV: Tendencias



ETV como Diagnóstico Secundario (95.149 casos): Agrupación por Categoría Diagnóstica Mayor



8,97%

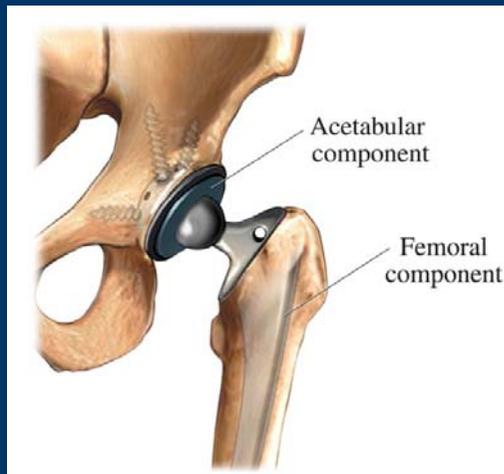
Casos con ETV secundaria: 10 GDR Quirúrgicos más frecuentes

GDR	ETIQUETA	nº casos	%
558	Proc.musculoesqueletico mayor exc. Artic.mayor bilateral o multiple con cc mayor	2238	8,97
585	Procedimiento mayor estomago esofago duodeno i delgado & grueso con cc mayor	1704	6,83
148	Procedimientos mayores de intestino delgado & grueso con cc	759	3,04
553	Proc.ap.digest. Excepto hernia & proc.mayor estomago o intest. Con cc mayor	713	2,86
209	Reimplantacion mayor articulacion & miembro extr.inferior, excepto cadera sin cc	680	2,73
483	Traqueostomia, excepto por trastornos de boca, laringe o faringe	665	2,67
550	Otros procedimientos vasculares con cc mayor	662	2,65
468	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal	599	2,40
567	Procedimientos riñon & tracto urinario excepto trasplante renal con cc mayor	508	2,04
210	Proc. De cadera & femur excepto articulacion mayor edad>17 con cc	499	2,00

Prótesis totales de cadera y rodilla en España

- En el año 2005 se realizaron en España:

21.187 PTC



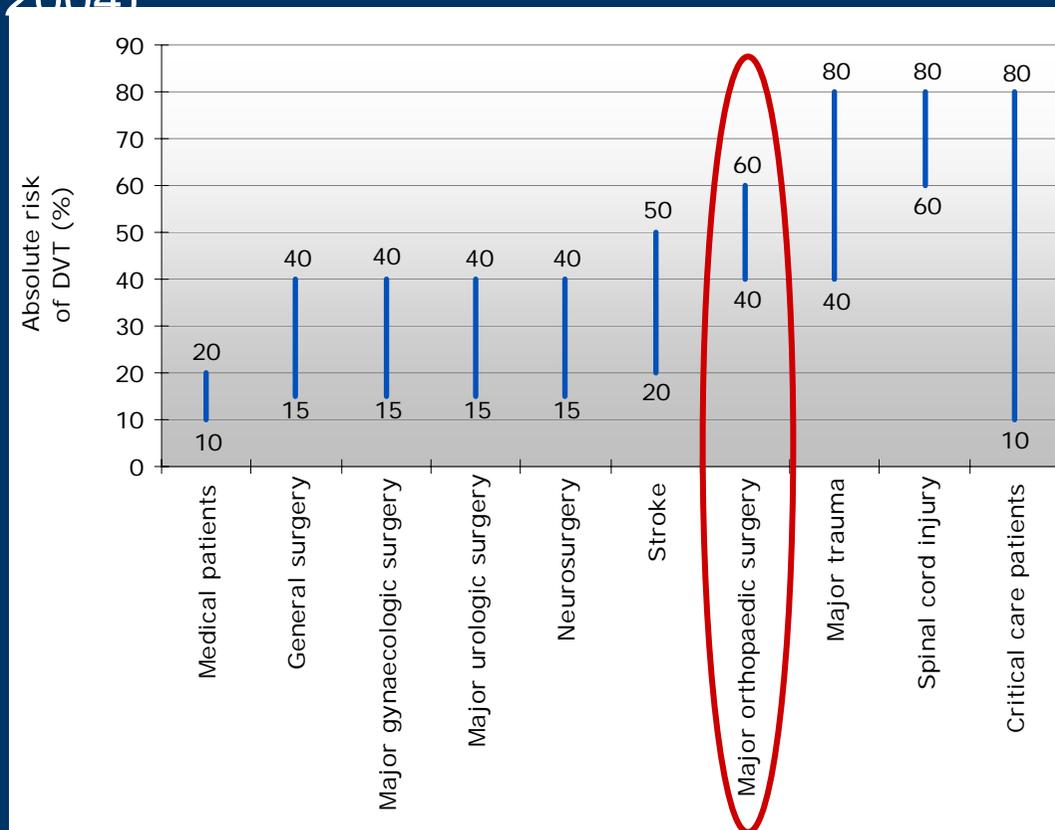
34.871 PTR



- El crecimiento anual observado en el periodo comprendido entre el 2001-2005 es del 3% en PTC y del 11% en PTR

Las PTC y PTR se asocian con un alto riesgo de ETEV

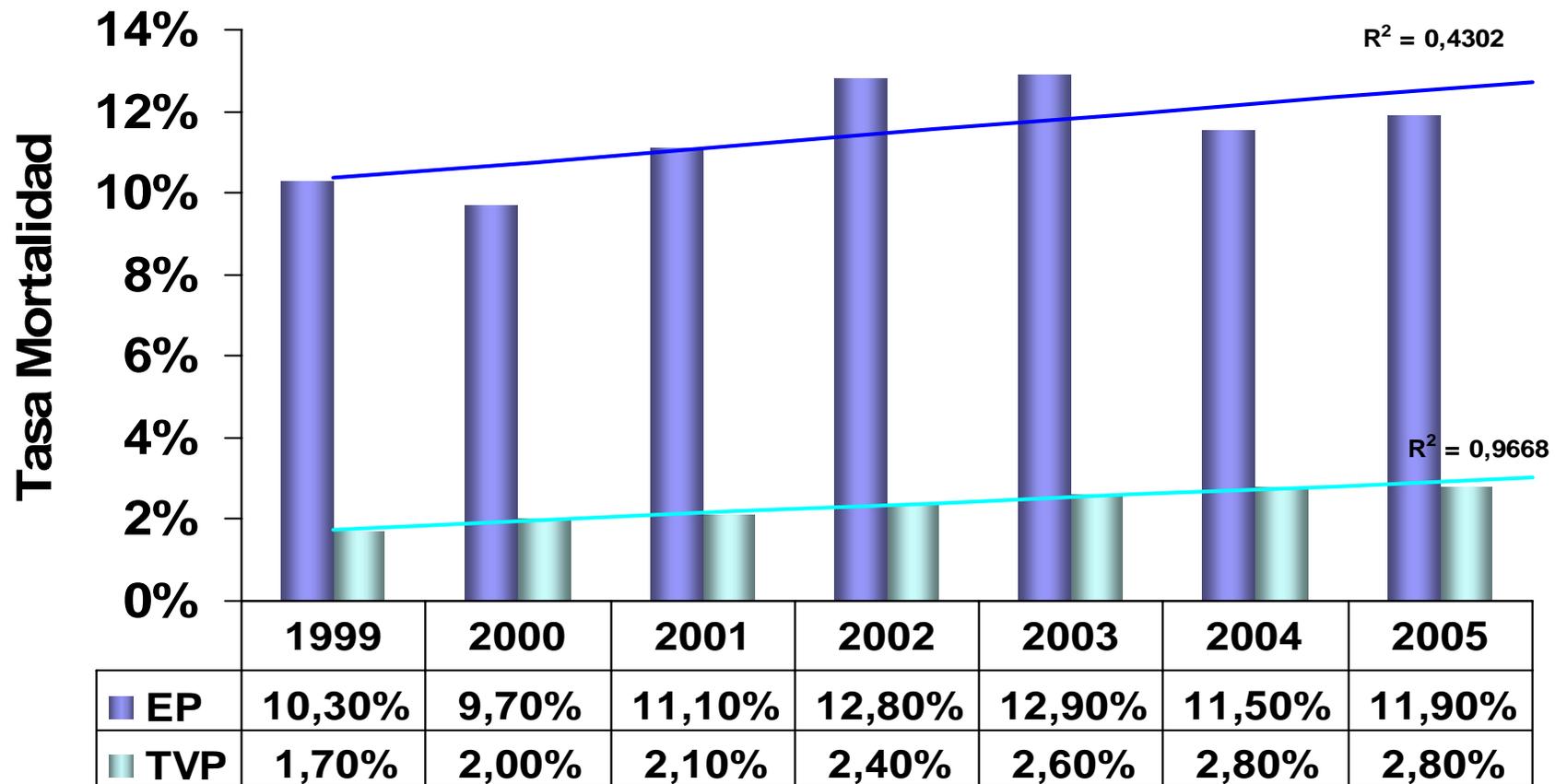
- Riesgo absoluto de ETEV en pacientes hospitalizados (ACCP 2004)*¹



*Rates based on objective diagnostic testing for DVT in patients not receiving prophylaxis

1. Geerts WH. *Chest* 2004.

Ingresos por ETV: Evolución de la Tasa de Mortalidad



Mortalidad asociada a ingreso por EP: 11,6%

Mortalidad asociada a ingreso por TVP: 2,3%

CMBD del Ministerio de S y C

- 49% casos de ETV aparecen en el hospital**
- 11,6% mortalidad hospitalaria la EP**
- 2,8% mortalidad hospitalaria la TVP**
- 8,97% de los casos de ETV son tras COT mayor**

Guijarro R et al. Med Clin, 2008

Las **tasas de mortalidad** tras una ETV se ven **aumentadas**

- ❑ La TVP se asocia con un aumento de la mortalidad a largo plazo versus los controles^{1,2,3,4}
- ❑ La EP tiene una alta tasa de mortalidad; un 13% de los pacientes ancianos mueren al mes de su aparición⁵ y un 17,5% a los 3 meses⁶
- ❑ La TVP y la EP son las principales causas de mortalidad hospitalaria prevenible⁷

1. Eichlisberger R. *Wien Med Wochenschr* 1994

2. Murray DW. *J Bone Joint Surg Br* 1996

3. Bergqvist D. *Ann Intern Med* 1997

4. Schulman S. *J Thromb Haemost* 2006

5. Siddique RM. *Arch Intern Med* 1996

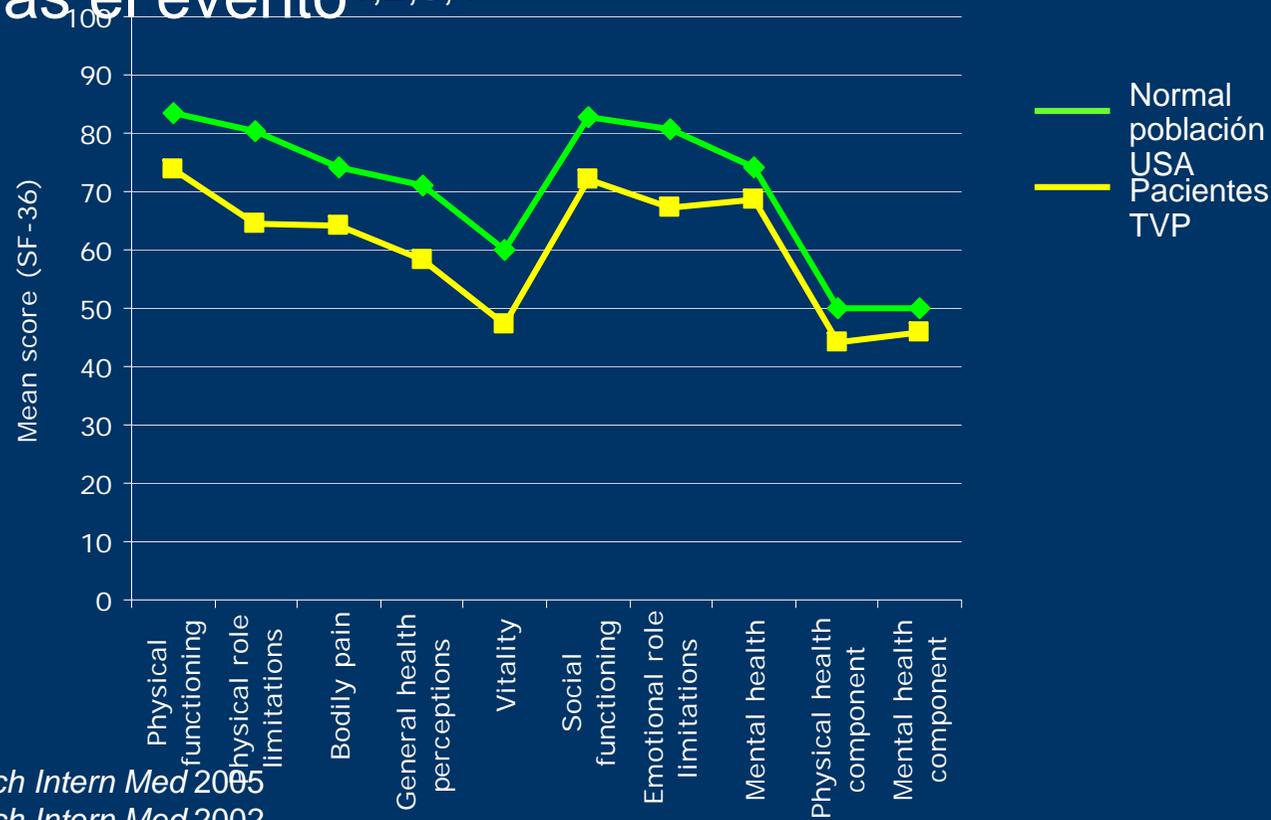
6. Goldhaber SZ. *Lancet* 1999

7. Thomas M. *Hospital Pharmacist* 2006

8. Arcelus JI. *Thromb Haemost* 2008

La ETV repercute negativamente sobre la calidad de vida del paciente

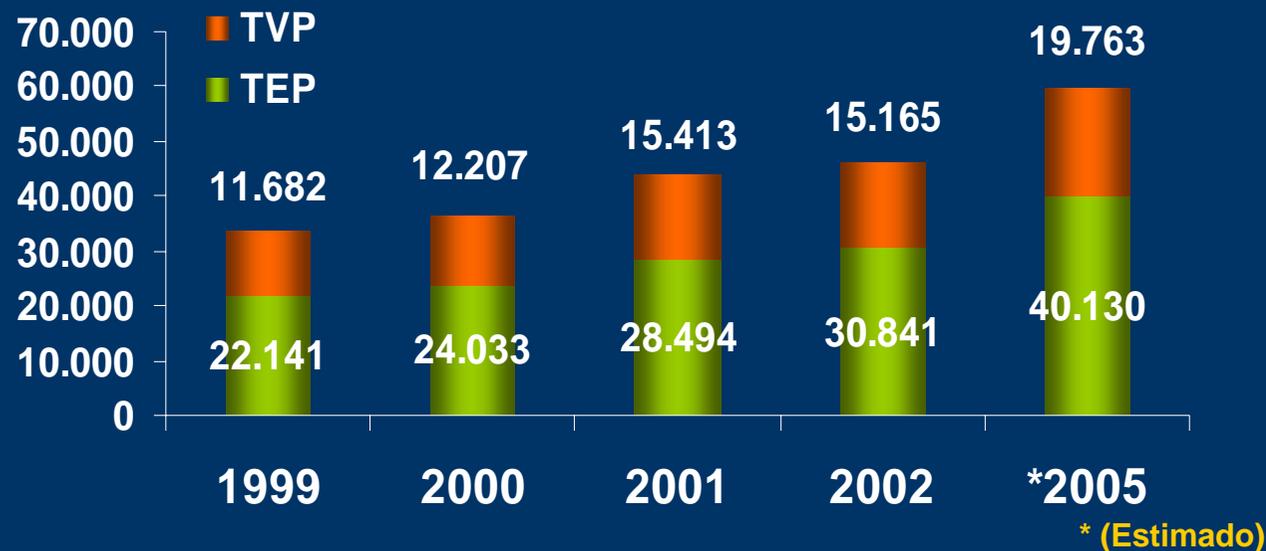
- Los pacientes con TVP tiene una **disminución de la calidad de vida** vs la normal de la población, incluso años tras el evento^{1,2,3,4}



1. Kahn SR. *Arch Intern Med* 2005
2. Kahn SR. *Arch Intern Med* 2002
3. Carpenedo M. *J Thromb Haemost* 2005
4. van Korlaar IM. *Thromb Res* 2004

La ETV representa una carga significativa para el SNS español

- El coste anual sanitario de la ETEV en España en el 2005 se estimó en 66,5 millones de euros ¹



- La EP supone el 67,7% del coste y la TVP el 33,3%¹
- La mayor parte del coste se deriva de la atención hospitalaria (90%), el restante 10% es coste de Atención Primaria¹

1. SEMI. Estudio ETV 2006

Alternativas profilácticas de la ETV

La cirugía ortopédica mayor sin profilaxis conlleva un alto riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV)¹

El 60% de los pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor sin profilaxis fueron diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP) sintomática o asintomática¹.

RIESGO DE PADECER TVP TRAS CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR SIN PROFILAXIS

60%
de TVP



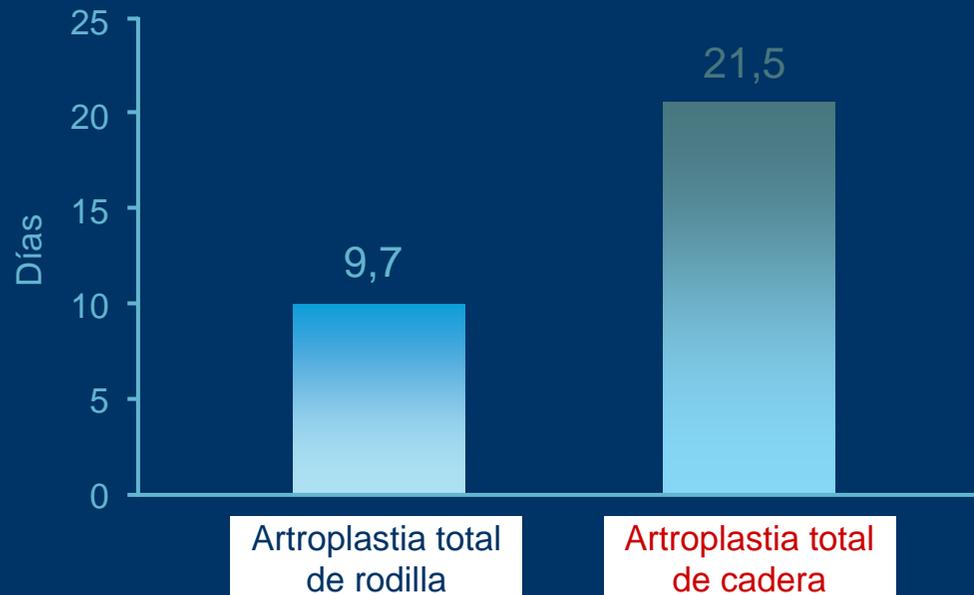
Sin TVP

1. Geerts WH y cols. *Chest* 2004; 126:338–400

Los estudios muestran que el riesgo de padecer ETV permanece tras el alta hospitalaria¹⁻³

En un análisis de 43.645 pacientes, el 76% de los sometidos a artroplastia total de cadera y el 47% de los sometidos a artroplastia total de rodilla fueron diagnosticados de ETV después del alta hospitalaria ($p < 0,001$)²

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE LA ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA Y LA ETV



Datos de la cita bibliográfica 3.
En el Registro Ortopédico Global se inscribieron 15.020 pacientes procedentes de 100 hospitales de 13 países diferentes.

1. Geerts WH y cols. *Chest* 2004; **126**:338–400. 2. White RH y cols. *Arch Intern Med* 1998; **158**:1525–1531. 3. Warwick D y cols. *J Bone Joint Surg [Br]* 2007; **89**:799–807.

Los estudios muestran que el riesgo de padecer ETV permanece tras el alta hospitalaria¹⁻³

- En un metaanálisis se observó que la profilaxis prolongada (30-42 días) redujo considerablemente la frecuencia de ETV sintomática después de una artroplastia de cadera⁴.
- Las directrices del ACCP (*American College of Chest Physicians*) recomiendan¹:
 - Al menos diez días de tratamiento con anticoagulantes tras la artroplastia total de rodilla
 - Una profilaxis prolongada de 28-35 días tras la artroplastia total de cadera

“El riesgo de padecer enfermedad tromboembólica venosa continúa después del alta hospitalaria; en cambio, el periodo de profilaxis es, a menudo, más corto.”³

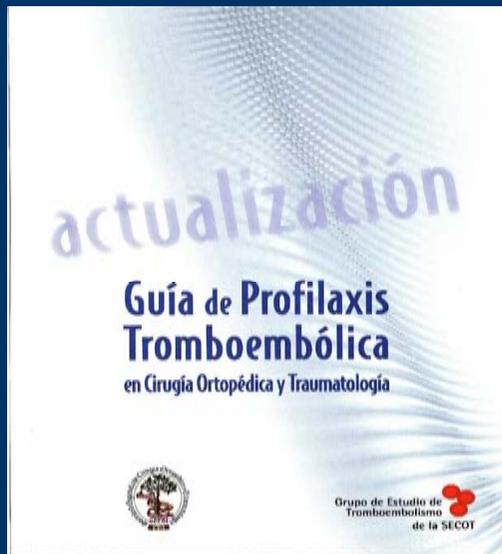
La cirugía ortopédica conlleva un alto riesgo de ETV que permanece tras el alta hospitalaria

1. Geerts WH y cols. *Chest* 2004; **126**:338–400. 2. White RH y cols. *Arch Intern Med* 1998; **158**:1525–1531. 3. Warwick D y cols. *J Bone Joint Surg [Br]* 2007; **89**:799–807. 4. Eikelboom JW y cols. *Lancet* 2001; **358**:9–15.

Guías de profilaxis de la ETV en PTC y PTR

- En España la guía con mayor seguimiento en cirugía ortopédica mayor es la de la **SECOT 2007** que recomienda²:

PTC y PTR :



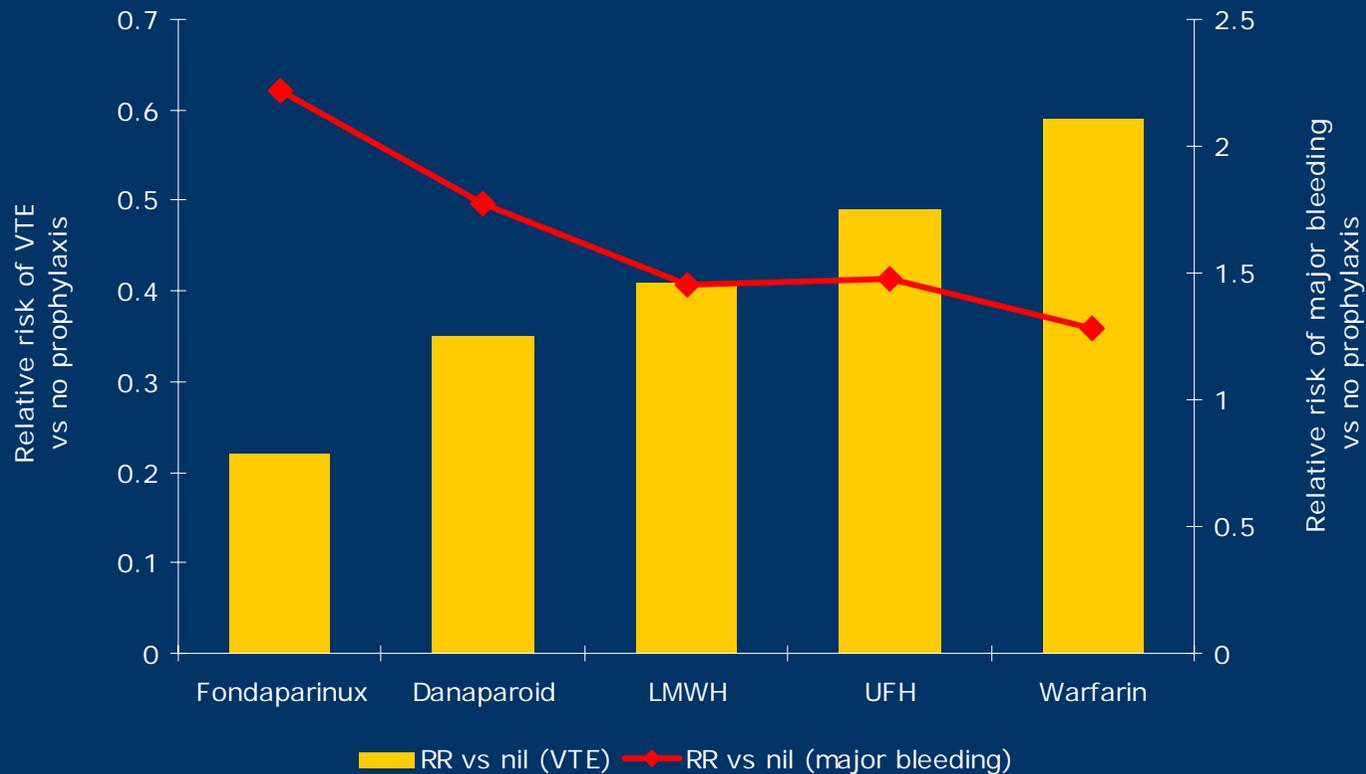
- **HBPM** a dosis indicadas por fabricante de 4 a 6 semanas
- **Fondaparinux** 2.5mg sc 4 semanas
- **Anticoagulantes orales dicumarínicos o hirudina** (reservada a casos con trombocitopenia inducida por heparinas)
- **Compresión neumática intermitente y bomba venosa plantar** como única profilaxis sólo en aquellos casos con contraindicación de profilaxis farmacológica

- Las guías de la **SEMI 2004** recomiendan el uso de HBPM o los anticoagulantes orales como primera opción

1. Geerts WH. *Chest* 2004
2. SECOT 2007
3. SEMI 2004

Debe evaluarse el equilibrio entre el riesgo de la ETV con el aumento del riesgo de sangrado

- **El riesgo de sangrado aumenta con el aumento de la eficacia¹**



VENTAJAS:

- **Tienen una eficacia y seguridad demostradas**

INCONVENIENTES de los INYECTABLES (Heparinas)

En España un 96% de los pacientes recibieron HBPM tras cirugía ortopédica mayor

- **Administración inyectable subcutánea**
- **Poca comodidad de administración**
- **Bajo cumplimiento terapéutico**
- **Pueden producir trombocitopenia**
- **Ajustes de dosis en función del tipo fármaco y peso paciente**

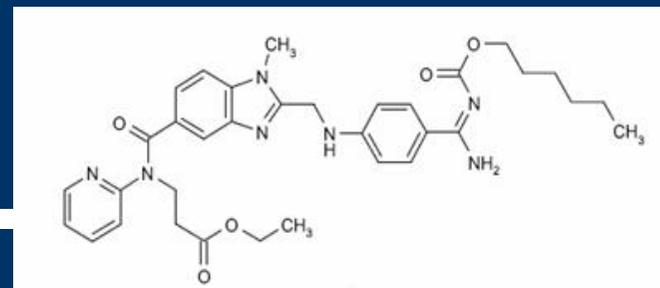
INCONVENIENTES de los ORALES (Sintrom)

- **Debe ajustarse la dosis en cada paciente**
- **Controles periódicos de la coagulación**
- **Muchas interacciones con otros fármacos**
- **Interacciones con los alimentos**

ETV:

Anticoagulante ideal (eficacia y seguridad > al estándar - enoxaprina)

- Administración oral y cómodo régimen de dosificación**
- Sin controles de laboratorio ni ajustes a dosis individuales**
- Amplia ventana terapéutica**
- Una vida media adecuada y una acción rápida terapéutica**
- Rápida desaparición de sus efectos**
- Mínima interacción con otras medicaciones u con alimentos**
- Capacidad para inhibir los factores de coagulación tanto libres como los unidos al coágulo**
- Antídoto**



Dabigatrán Etexilato

*Transformando el paradigma de la
terapia anticoagulante*