

cepas no NAP1. Es una lástima que no se haya hecho un seguimiento más prolongado, de 60 días, para comprobar si en este período persiste aún la superioridad ya que muchos estudios han evidenciado una elevada tasa de recurrencias a los dos meses de finalizar el tratamiento.

J.A. Capdevila Morell  
Servicio de Medicina Interna, Hospital de Mataró,  
Mataró, Barcelona, España  
Correo electrónico: jcapdevila@cscdm.cat

doi:10.1016/j.rce.2011.03.012

## Apixaban en pacientes con fibrilación auricular

Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener HC, Hart R, Golitsyn S, et al por el AVERROES Steering Committee and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;364:806-817.

**Antecedentes:** Está demostrado que los antagonistas de la vitamina K previenen la incidencia de ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA). No obstante, muchos pacientes no son candidatos apropiados o están poco dispuestos a recibir tratamiento con antagonistas de vitamina K. Apixaban, un nuevo inhibidor selectivo del factor Xa podría ser una alternativa para estos pacientes.

**Métodos:** El estudio AVERROES es un ensayo aleatorizado y doble ciego en el que se distribuyó aleatoriamente a 5.599 pacientes con FA y riesgo aumentado de ictus y en los que no resultaba posible instaurar tratamiento con antagonistas de vitamina K para recibir apixaban (5 mg/12 h) o aspirina (AAS) (81 a 324 mg/24 h). La media de seguimiento fue de 1,1 años (el estudio fue interrumpido prematuramente). La medición principal del estudio fue la incidencia de ictus o de embolismo sistémico.

**Resultados:** Antes del estudio, un 40% de los pacientes habían sido tratados con antagonistas de vitamina K. Basándose en la evidencia sobre la eficacia contra el ictus o embolia sistémica, así como un buen perfil de seguridad, el comité de monitorización de datos recomendó la interrupción prematura del estudio. Hubo 51 eventos (1,6% por año) entre los pacientes tratados con apixaban y 113 (3,7% por año) en aquellos que habían recibido AAS (razón de riesgos [HR] con apixaban, 0,45; intervalo de confianza 95% [IC<sub>95%</sub>] 0,32-0,62;  $p < 0,001$ ). La tasa de mortalidad en el grupo de apixaban fue de 3,5% por año y en el grupo de AAS de 4,4% por año (HR de 0,79; IC<sub>95%</sub> 0,62-1,02;  $p = 0,07$ ). En el grupo de apixaban hubo 44 casos de sangrado mayor (1,4% por año) y en el grupo asignado a AAS 39 (1,2% por año) (HR 1,13; IC<sub>95%</sub> 0,74-1,75;  $p = 0,57$ ). Hubo 11 casos de sangrado intracraneal con apixaban y 13 con AAS. El riesgo de hospitalización por causa cardiovascular fue menor en el grupo de apixaban comparado con AAS (12,6% por año vs 15,9% por año;  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** En pacientes con FA en los que el tratamiento con antagonistas de vitamina K era inapropiado, apixaban

redujo el riesgo de ictus o embolismo sistémico sin aumentar significativamente el riesgo de sangrado mayor o de hemorragia intracraneal.

## Comentario

En los pacientes con FA y contraindicación o rechazo a los antagonistas de la vitamina K el tratamiento de elección es el AAS (The ACTIVE Investigators, *N Engl J Med.* 2009;360:2066-78). Apixaban es un anticoagulante oral que inhibe selectivamente al factor Xa. Apixaban ha demostrado ser eficaz en la profilaxis de la trombosis venosa profunda en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla y de cadera (*J Thromb Haemost.* 2007;5:2368-75 y *N Engl J Med.* 2010;363:2487-98). El estudio AVERROES fue diseñado para determinar la eficacia y la seguridad de apixaban comparado con AAS en pacientes con FA en los que la administración de antagonistas de vitamina K estaba desaconsejada. Se llevó a cabo en 522 centros de 36 países de todo el mundo. Se incluyeron pacientes con FA mayores de 50 años y con al menos un factor de riesgo para presentar ictus. La administración de apixaban se asoció a una reducción en el riesgo de ictus o evento tromboembólico sistémico del 57% (IC<sub>95%</sub> 0,32-0,62;  $p < 0,001$ ). Apixaban no aumentó significativamente el riesgo de sangrado mayor (intracraneal o extracraneal). Una limitación de este estudio fue la interrupción precoz al cabo de 1,1 año ante el beneficio de apixaban: ¿se hubiera mantenido este beneficio al cabo de 2, 3 o 5 años? Hasta 1/3 de los enfermos que "no eran subsidiarios de recibir antagonistas de vitamina K según su médico", cuando se examinó la causa por la que no recibían antagonistas de la vitamina K podían haber sido tratados con estos fármacos.

La importancia de este estudio radica en que en la práctica clínica diaria son muchos los pacientes que por diferentes razones no pueden recibir antagonistas de la vitamina K. La administración de apixaban para prevenir eventos tromboembólicos parece muy superior al beneficio hasta ahora ofrecido por AAS en estos enfermos.

M.J. Núñez Campos  
Residente de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España  
Correo electrónico: mjcampos83@gmail.com

doi:10.1016/j.rce.2011.03.012