

Avatrombopag: más allá de la eficacia: experiencia de un centro

Avatrombopag: beyond efficacy: experience of a center

Manuel Rodríguez-López^{1*}, Elena Y. Romero-Ventosa², Raquel Ocampo-Martínez¹,
Gala Cabrita-Touzon¹, Antia Amoedo-Bastos¹ y Carmen Albo-López¹

¹Servicio de Hematología y Hemoterapia; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia-Sur (IISGS), Vigo, España

Resumen

Introducción: Los agonistas del receptor de trombopoyetina (TPO-RA) han transformado el tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). El avatrombopag, un TPO-RA oral de segunda generación, demostró superioridad frente al placebo en ensayos clínicos. **Objetivo:** Evaluar la eficiencia del uso de avatrombopag en un hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 22 pacientes con PTI tratados con avatrombopag. **Resultados:** El 68,2% tenía PTI primaria, el 81,8% habían recibido otros TPO-RA. Se observó mejora significativa del recuento plaquetario (de 51.000/ μ l a $> 140.000/\mu$ l; $p = 0,0018$). La dosis media final fue de 143,97 mg/semana, reducida en subgrupos específicos. El coste semanal medio por paciente disminuyó un 62,45% (de 703 a 264 €). **Conclusiones:** El estudio revela un impacto clínico y económico favorable. La reducción de dosis y del tratamiento concomitante sugiere mayor eficiencia terapéutica en etapas tempranas. El avatrombopag muestra una alta eficacia clínica y una notable reducción de costes en la PTI.

Palabras clave: Avatrombopag. Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). Eficacia. Coste-efectividad. Agonistas de trombopoyetina (TPO-RA).

Abstract

Introduction: Thrombopoietin receptor agonists (TPO-RAs) have transformed the treatment of ITP. Avatrombopag, a second-generation oral TPO-RA, demonstrated superiority over placebo in clinical trials. **Objective:** To evaluate the efficiency of the use of avatrombopag in a tertiary care hospital. **Materials and methods:** Retrospective analysis of 22 patients with ITP treated with avatrombopag. **Results:** Sixty-eight-point two percent had primary ITP; 81.8% had received other TPO-RA. Significant improvement in platelet count was observed (from 51,000/ μ l to $> 140,000/\mu$ l; $p = 0.0018$). The final mean dose was 143.97 mg/week, reduced in specific subgroups. Average weekly cost per patient decreased by 62.45% (from € 703 to € 264). **Conclusions:** The study reveals a favorable clinical and economic impact. Reduction of doses and concomitant treatment suggests greater therapeutic efficiency in early stages. Avatrombopag shows high clinical efficacy and a notable cost reduction in ITP.

Keywords: Avatrombopag. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). Efficacy. Cost-effectiveness. Thrombopoietin agonists (TPO-RA).

*Correspondencia:

Manuel Rodríguez-López

E-mail: manuel.rodriguez.lopez@sergas.es

Fecha de recepción: 09-06-2025

Fecha de aceptación: 16-07-2025

DOI: 10.24875/RHT.25000011

Disponible en línea: 30-07-2026

Hemost Trombos. 2026;3(2):46-52

www.revistahemostasiaytrombosis.com

2938-8740 / © 2025 Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) y Grupo Cooperativo Latinoamericano de Hemostasia y Trombosis (CLAHT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los agonistas del receptor de la trombopoyetina (TPO-RA), actualmente considerados fármacos de 1.^a elección en segunda línea en el tratamiento de esta afección¹, han cambiado radicalmente el manejo terapéutico de la purpura trombocitopénica idiopática (PTI) y ofrecido una alternativa terapéutica eficaz y segura a gran número de pacientes. Dentro de estos, el último en llegar, el avatrombopag (Laboratorios Sobi), un TPO-RA oral de 2.^a generación, fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en 2021 para su uso en el tratamiento de la PTI crónica en adultos, a la espera de concluir los estudios en pacientes pediátricos. En el estudio de Jurczak et al.², multicéntrico, aleatorizado y doble ciego, con una fase de extensión abierta, se evaluó la eficacia y seguridad del avatrombopag en adultos con PTI crónica con recuentos plaquetarios bajos ($< 30 \times 10^9/l$). Al comparar avatrombopag (20 mg/día) con placebo durante 6 meses (con posibilidad de pasar a una fase de extensión abierta), el avatrombopag mostraba una superioridad significativa en semanas con respuesta plaquetaria: mediana de 12,4 semanas vs. 0 en placebo ($p < 0,0001$). El 65,6% de los pacientes alcanzó respuesta al día 8 frente al 0% con placebo ($p < 0,0001$) y se objetivaba una reducción de la medicación concomitante en el 33,3% del grupo avatrombopag vs. 0% placebo. Además, la respuesta duradera era mayor en el grupo de avatrombopag (34,4 vs. 0% en placebo; $p = 0,009$). En general, el avatrombopag demostró eficacia y buena tolerancia para tratar la PTI crónica. La eficacia y seguridad mostrada durante el desarrollo clínico se ha visto refrendada por los estudios en vida real publicados hasta el momento, como, por ejemplo, la experiencia española del AVESPA³. Se trata de un estudio retrospectivo, multicéntrico, basado en datos de 28 hospitales españoles del Grupo GEPTI (Grupo Español de Púrpura Trombocitopénica Idiopática) que incluía 268 pacientes con PTI primaria o secundaria, de distintos grados de gravedad y duración de la enfermedad con un seguimiento hasta abril 2024. La eficacia del avatrombopag fue elevada (el 92,2% lograron respuesta $\geq 50 \times 10^9/l$), con independencia de la línea de tratamiento (el 79% de respuestas en pacientes en 4.^a línea o posterior), con una mediana de tiempo hasta respuesta de 13 días (rango intercuartílico [RIQ]: 7-21), en consonancia con lo reportado desde el ensayo clínico. La respuesta no fue influenciada significativamente por edad, sexo, duración de la PTI o exposición previa a eltrombopag/romiplostim. El fármaco se

mostró altamente seguro, solo el 4,5% de los pacientes suspendieron el tratamiento por efectos adversos, los cuales no se reportaron en hasta el 64,2% de los participantes. Por otro lado, y en relación con el tan repetido riesgo trombótico, la incidencia de eventos tromboembólicos fue de solo el 4%, inferior al 7% reportado en la ficha técnica del producto⁴. Sin duda se trata de un estudio con una enorme fortaleza derivada del tamaño muestral, el largo periodo de seguimiento y la inclusión de pacientes con fallo previo a varias líneas terapéuticas. Una comparación indirecta efectuada con uso de inteligencia artificial generativa entre avatrombopag y fostamatinib mostraba que la elección de uno u otro fármaco podría depender, además de factores clínicos, de las preferencias del paciente y consideraciones económicas. En este sentido para ChatGPT4o habría una ventaja económica inicial para el fostamatinib, mientras que Perplexity AI favorecía la elección del avatrombopag a largo plazo en el contexto español⁵. Recientemente desde Noruega se reportaba un aumento de la prescripción del avatrombopag⁶, desde 2022-2023, motivada probablemente por su perfil de eficacia y la conveniencia de la administración oral.

Objetivo

Se procede a efectuar un análisis de la eficacia y eficiencia derivada del uso de avatrombopag en distintas líneas de tratamiento (desde primera línea hasta tres o más líneas) en el manejo de pacientes con PTI, en un centro de 3.^{er} nivel.

Método

Se procede a la recogida de datos de la historia clínica electrónica de los pacientes previa solicitud de consentimiento informado. Las variables recogidas incluyen: edad, sexo, tipo de PTI (primaria/secundaria), número de líneas de tratamiento previas al inicio del avatrombopag y los TPO-RA empleados previo al inicio de avatrombopag, el motivo del *switch* a avatrombopag, el recuento plaquetario previo al *switch*, al mes, 3, 6, 9 y 12 meses, y finalmente la dosis en cada uno de esos momentos de los distintos agonistas. Se procedió al análisis de la variación de los costes asociados en los distintos momentos. Los resultados se expresan en media (y desviación estándar [DE]), mediana (y RIQ) y porcentaje. Para el cálculo de los costes de los distintos tratamientos se toma como referencia el precio de venta del

laboratorio de los distintos agonistas reportados en la web: <https://www.farmaceuticos.com/botplus/>. Análisis estadístico efectuado con recurso a IA generativa (ChatGPT4o®).

Resultados

Se incluyen 22 pacientes: 13 mujeres (59,09%) y 9 hombres (40,91%). La edad media es de 55,91 años (DE: 20,9). Un 68,18% de los pacientes tienen un diagnóstico de PTI primaria. De los 22, un paciente recibió avatrombopag en 1.^a línea, 3 en 2.^a línea y de los 18 restantes: 12 en 3.^a línea (54,55%), dos en 4.^a y dos en 6.^a línea (9,09%, respectivamente), uno en 5.^a y otro en 7.^a línea. El 45,45% de los pacientes habían recibido previamente eltrombopag, otro 27,27% romiplostim y un 9,09% recibieron ambos agonistas. Previo al *switch*, el 36,36% de los pacientes recibían medicación concomitante para su PTI (preferentemente prednisona en dosis < 5-10 mg/día). La dosis media de romiplostim previa al *switch* (n = 7) fue 494,28 mg/semana (160-700). La dosis media de eltrombopag previa al *switch* (n = 11) fue de 450 mg/semana (200-525). La dosis media inicial de avatrombopag fue de 165,45 mg/semana (140-280), 140 mg/día si se excluyen los cuatro pacientes que iniciaron con la dosis máxima de 280 mg: recuento plaquetario medio de 16.000/ml (5.000-32.000/ml). La dosis media de avatrombopag en el último control fue de 143,97 mg/semana (7,5-280), de 128,19 mg si se excluyen los cuatro pacientes que iniciaron con la dosis máxima. En estos últimos, la dosis media final fue 215 mg/semana (20-280). De estos cuatro pacientes, tres alcanzaron respuesta parcial (conforme la definición del ITP Working Group, 2009) en el primer control al mes y el 4.^o paciente a los 60 días. Si solo se consideran los pacientes que efectúan el *switch* por comodidad o que lo reciben como primera línea en recaída/refractarios a corticosteroides (12/22), la dosis media final de avatrombopag fue de 98,33 mg/semana (10-280). Hay diferencias estadísticamente significativas en los recuentos plaquetarios a lo largo del tratamiento con avatrombopag (ANOVA; p = 0,0018), con un incremento sostenido del recuento plaquetario (media previa de 51.000/ml que aumenta a ≥ 140.000 /ml). De subrayar que el paciente que recibió avatrombopag en 1.^a línea alcanzó la remisión completa, lo que nos permitió suspender el tratamiento. El coste semanal del tratamiento de los 18 pacientes tratados con agonistas previo al *switch* era 12.657,67 euros (703,2 euros/paciente/semana) (Figs. 1 y 2). A los 3 meses se advierte ya la reducción del coste

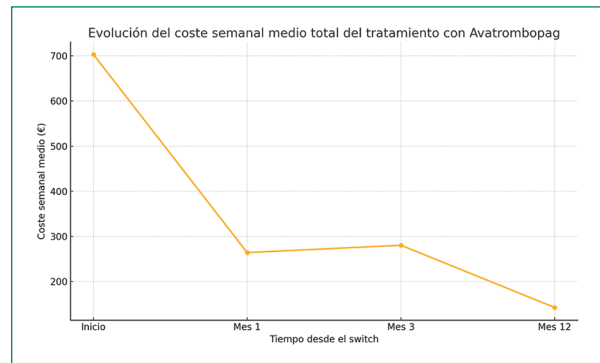


Figura 1. Evolución del coste semanal medio.

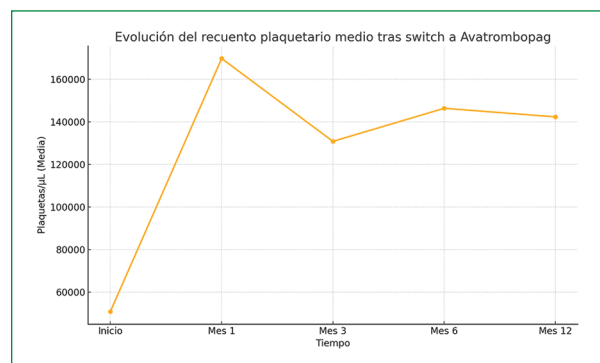


Figura 2. Evolución del recuento plaquetario medio tras el *switch*.

económico: el coste total semanal es de 5.886,34 euros, con un coste semanal medio por paciente de 280,30 euros. A los 12 meses, se advierte una consolidación de esa tendencia a la reducción de coste con un coste total semanal de 5.808,41 euros y un coste medio por paciente/semana de 264,02, implicando una reducción del coste del 54,11% y del 62,45% por paciente, respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa (prueba de la t de Student, p < 001). De hecho, con menos del 50% del coste del tratamiento previo se trata a cuatro pacientes más, advirtiéndose una reducción de la necesidad de tratamiento concomitante (pasa de 8 a 4 pacientes) si bien, dado el escaso número de pacientes, carece de significación estadística (chi cuadrado; p = 0,366) (Figs. 1 y 2). Al analizar el efecto del *switch* de eltrombopag a avatrombopag (n = 10) se excluyen dos pacientes que habían fracasado a eltrombopag (un paciente en 7.^a línea de tratamiento y otro en 4.^a), recuperados con avatrombopag a dosis máxima (280 mg/semana). Uno de ellos había recibido seis líneas previas de

Tabla 1. Comparación de los distintos estudios

Característica	Estudio AVESPA ³ (GEPTI)	NOR-ITP (Noruega) ⁶	HU Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo
Diseño	Retrospectivo multicéntrico	Retrospectivo/prospectivo multicéntrico	Retrospectivo, unicéntrico
Muestra total	268 pacientes con PTI tratados con Ava	87 pacientes con PTI (14 tratados con Ava)	22 pacientes tratados con Ava
Edad media	59 años	60 años	55,9 años
% mujeres	58%	50%	59%
Inicio de uso de Ava	2022-2024	Uso creciente en 2022-2023	Desde finales de 2023
Primera línea con Ava	Muy baja (1,1%)	16% de TPO-RA usados en fase «nueva» de la PTI	1 paciente (4,5%)
Uso tras otros TPO-RA	Sí (eltrombopag y romiplostim, incluso en combinación)	Sí	El 81,8% habían usado eltrombopag y/o romiplostim
Tasa de respuesta global	El 92% lograron $\geq 50 \times 10^9/l$	100% para Ava (14/14)	Mejora significativa (de 51.000 a $> 140.000/\mu l$; $p = 0,0018$)
SROT (respuesta fuera de tratamiento)	No evaluado	6% eltrombopag, 9% romiplostim (no reportado para Ava)	1 paciente suspendió tratamiento tras remisión completa
Discontinuación por remisión	No detallada claramente	29% (Ava), 30-36% (otros TPO-RA)	1 caso con remisión completa
Tiempo a respuesta (mediana)	13 días (RIQ: 7-21)	7 días (Ava), 10 (eltrombopag)	No detallado
Tratamiento concomitante	Reducción en el 80% de pacientes con corticosteroides	No analizado en detalle	Se redujo en 4 de 8 pacientes (no significativo)
Seguridad (EA)	Trombocitosis (15%), TEV (4,5%), EA no graves en 17%	EA en 25%; trombosis 2%, fibrosis 2%	No se reportan EA graves
Costes	No evaluados	No evaluados	Reducción del 54,1% del coste total y 62,45% por paciente
Relevancia clínica destacada	Alta eficacia en casos refractarios y reducción de corticosteroides	Aumento de prescripción de Ava como primera opción en 2.ª línea (desde 2022-2023)	Alta eficacia, menor variabilidad y gran eficiencia económica

Ava: avatrombopag; EA: eventos adversos; GEPTI: grupo español de púrpura trombocitopénica idiopática; HU: hospital universitario; RIQ: intervalo intercuartílico; PTI: púrpura trombocitopénica idiopática; TEV: enfermedad tromboembólica venosa; TPO-RA: agonistas del receptor de trombopoyetina.

tratamiento, el otro tres. El coste de los ocho pacientes restantes era de 6.024 euros/semana, que se reduce a 4.718 euros/semana en el control de los 12 meses (reducción del 22%), si bien se advierte un incremento del coste con la dosis de inicio (1.º mes).

Discusión

A pesar del pequeño tamaño de nuestra serie, los resultados son muy elucidativos. Amén de las ventajas que se observan desde un punto de vista clínico, con el aumento del recuento plaquetario medio (Fig. 3) en relación con los tratamientos previos, se objetiva una reducción considerable del coste económico asociado

al uso de agonistas, aumentando la cantidad de pacientes potencialmente tratables con el mismo presupuesto. De la misma forma se observa una tendencia a reducción de dosis con el tiempo tanto en pacientes que inician con la dosis estándar (140 mg/día, reducción del 9%) como en pacientes que inician con la dosis máxima (280 mg/día, reducción del 23%). Observamos que la reducción de dosis fue más marcada en pacientes que iniciaron avatrombopag por conveniencia o como primera línea en recaída precoz/refractoriedad (reducción del 30%), frente a aquellos que lo recibieron tras múltiples líneas o por pérdida de respuesta. Este hallazgo podría explicarse por una mayor sensibilidad terapéutica en fases menos avanzadas de la

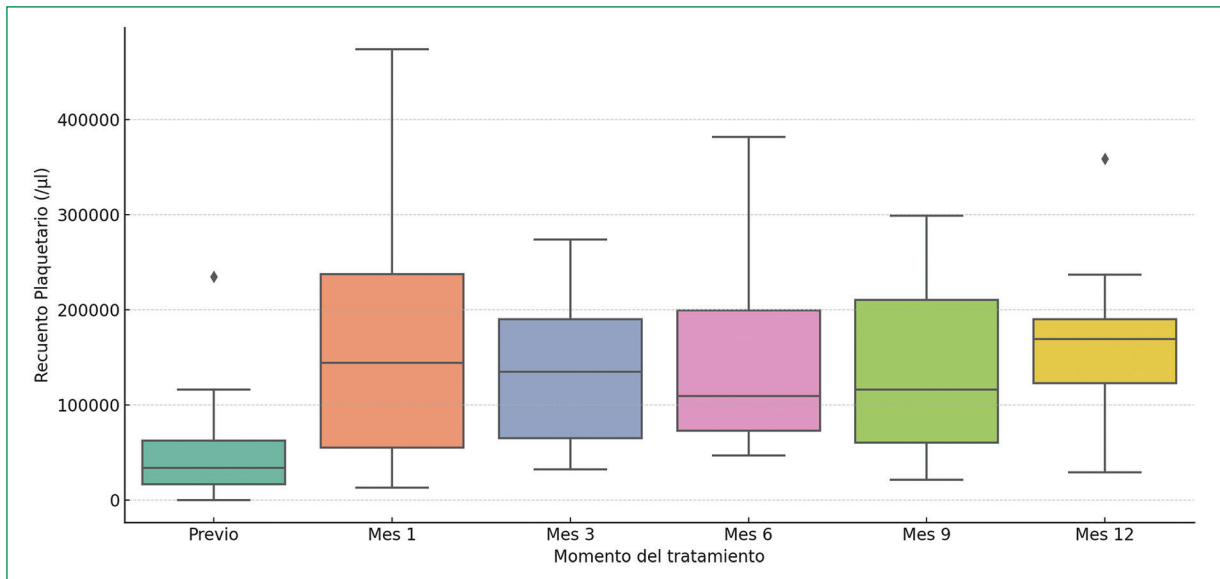


Figura 3. Distribución del recuento plaquetario en distintos momentos del tratamiento con avatrombopag. La mediana (línea dentro de cada caja) se eleva con el tiempo, lo que sugiere una mejora sostenida. La dispersión de los valores (alto rango intercuartílico) indica que hay variabilidad en la respuesta entre pacientes, especialmente en los primeros meses.

enfermedad y una menor exposición previa a inmunosupresores u otros agonistas, lo que permitiría alcanzar objetivos terapéuticos con menores requerimientos de dosis. Estos hallazgos se alinean con los resultados del estudio español en vida real³. En este, a pesar de no reportarse las dosis medias tras el *switch* (lo cual impide hacer una estimación de la eficiencia del cambio), sí se indica que la mayoría de los pacientes que persistieron en avatrombopag usaban menos de 140 mg/semana al final del estudio, sin especificar un rango medio exacto ni detallando los esquemas concretos dentro de esa categoría. En total son 23 pacientes que comenzaron avatrombopag por motivos distintos al fallo terapéutico, de los que un 95,7% alcanzaron respuesta y el 62% empleaban dosis $\leq$ 140 mg/semana. De los 23 pacientes solo 10 habían recibido previamente uno o los dos agonistas (romiplostim/eltrombopag). Estos resultados también son consistentes con los hallazgos del estudio prospectivo de Tarantino et al.⁷, que evaluó específicamente a 44 pacientes adultos con PTI que cambiaron de eltrombopag o romiplostim a avatrombopag, manteniendo una respuesta plaquetaria adecuada sin periodo de lavado. Además de la estabilidad en los recuentos plaquetarios, se observó una mejora significativa en la satisfacción del tratamiento, especialmente en los dominios de conveniencia y eficacia, medidos mediante la escala TSQM (Treatment Satisfaction Questionnaire

for Medication). La ausencia de eventos trombóticos, la baja incidencia de efectos adversos graves y la percepción positiva de los pacientes refuerzan el perfil favorable del avatrombopag en escenarios clínicos donde se busca mejorar tolerancia o adherencia, aspecto que también se refleja en nuestra serie. La validez clínica del cambio terapéutico, incluso en pacientes respondedores a tratamientos previos, permite plantear el *switch* no solo como una solución ante fallos terapéuticos, sino como una estrategia proactiva para optimizar conveniencia, seguridad o eficiencia del tratamiento.

La publicación de Tomasello⁶ no indica promedio de dosis, pero sí que el avatrombopag y el romiplostim presentan una respuesta más rápida en términos de mediana (7 días) en comparación con eltrombopag (10 días), y además, que la variabilidad (amplitud del RIQ) es similar entre los tres agentes. Al igual que en el AVESPA³, se indica que con avatrombopag, probablemente por el tiempo de seguimiento más corto, no se puede determinar la SROT (tasas de discontinuación y respuesta sostenida fuera del tratamiento). Tampoco es posible hacer un análisis de coste-eficiencia con los datos comunicados, pero los resultados refuerzan el uso creciente y eficaz de avatrombopag, como opción de primera o segunda línea por su alta tasa de respuesta inicial y respuesta completa (100% vs. 61% romiplostim y 56% eltrombopag). En relación con el uso

de avatrombopag en primera línea, el estudio AVESPA reporta un 1,1% del total de pacientes, en nuestro caso un paciente (4,5%) que alcanzó además la remisión completa. El AVESPA reporta que el 80% de los pacientes redujeron o suspendieron el tratamiento concomitante, en tanto que este porcentaje en nuestra serie es del 50%, pero parece existir una tendencia positiva en ese sentido, no valorada explícitamente en la serie noruega (Tabla 1). Obviamente, esa reducción o suspensión se asocia a una reducción del coste económico del tratamiento en estos pacientes. Recientemente se publicaba un trabajo de Cooper et al.⁸ que evalúa la relación coste-efectividad del avatrombopag en comparación con eltrombopag y romiplostim como tratamiento de segunda línea para adultos con PTI en el Reino Unido usando un modelo de Márkov con horizonte temporal de por vida para estimar resultados clínicos y económicos desde la perspectiva del National Health Service (NHS). En su evaluación consideran aspectos relacionados con la eficacia clínica y también los eventos clínicamente relevantes como hemorragias, tratamientos concomitantes y efectos secundarios relacionados con el tratamiento. El ICER (ratio incremental coste-efectividad) respecto a romiplostim muestra que el avatrombopag es dominante, o sea, más efectivo y menos costoso. Respecto al eltrombopag, el ICER es de £5,982/QALY (año de vida ajustado por calidad), dato muy bueno desde la perspectiva del sistema de salud del Reino Unido donde se suele considerar coste-efectivo un tratamiento si su ICER se encuentra por debajo del umbral de £20,000-£30,000 por QALY. Este análisis de Cooper apoya el uso de avatrombopag como tratamiento de segunda línea coste-efectivo para la PTI en adultos, con ventajas claras frente a romiplostim y una relación favorable de coste-efectividad frente a eltrombopag y si bien las limitaciones metodológicas requieren cautela, los resultados son sólidos y pueden ayudar a la toma de decisiones clínicas y de política sanitaria. Hay que tener en cuenta que el ICER en España es similar al considerado en el Reino Unido. En este sentido, a pesar de no disponer de datos directos sobre años de vida ajustados por calidad (QALY), se puede hacer una simulación (con uso de IA generativa) del ICER utilizando como estimador de efectividad la tasa de respuesta del estudio AVESPA³ (92,2%). Esta se comparó con una tasa media histórica de respuesta del 65% para otros TPO-RA como eltrombopag y romiplostim. Aplicando los costes anuales antes y después del cambio a avatrombopag en nuestro centro (36.566,4 vs. 13.729 € por paciente), el ICER calculado fue de -83.953 €/QALY, lo que

indicaría que el avatrombopag sería una alternativa dominante (más eficaz y menos costosa). Esta simulación, aunque preliminar, refuerza el impacto clínico y económico favorable observado en nuestra experiencia local.

Conclusiones

En nuestra experiencia, el *switch* a avatrombopag ha sido un éxito tanto clínico por su alta eficacia (mejora los recuentos de plaquetas con menor variabilidad) como por su eficiencia, por la importante reducción de los costes del tratamiento de la PTI (54,1%), permitiendo tratar más pacientes con la mitad de coste (reducción del coste semanal por paciente del 62,45%). Sería importante efectuar un análisis multivariante, pero el pequeño tamaño muestral condiciona este tipo de análisis, así como poder determinar si la reducción de tratamiento concomitante tiene significación estadística. La reducción de este en el 50% de los pacientes estaría respaldada por las observaciones reportadas desde otros estudios en vida real en nuestro medio. La reducción del coste total semanal y por paciente a los 12 meses es muy significativa estadísticamente y resalta el impacto económico favorable del cambio al «nuevo» agonista. En nuestra opinión estos datos plantean serias dudas sobre la idoneidad de un uso generalizado de futuras formulaciones genéricas de eltrombopag en la que, más allá del coste, no se entreve ninguna ventaja respecto al avatrombopag. El avatrombopag, como agonista de segunda generación, ha conseguido subsanar las carencias que presenta el eltrombopag (agonista oral de 1.ª generación), tales como la no interferencia con alimentos o la no necesidad de monitorización hepática. Estas carencias no serán subsanadas por el eltrombopag genérico. Los resultados del estudio AVESPA³ ya aportaban evidencia robusta sobre el uso de avatrombopag en práctica clínica, respaldando su inclusión como alternativa de segunda línea (o incluso de primera) en el manejo de la PTI. Sus resultados respaldan el uso en pacientes refractarios y en contextos donde se busca minimizar la inmunosupresión o reducir riesgo de sangrado, con una alta eficacia incluso en subgrupos complejos, y con un perfil de seguridad muy aceptable. Por ejemplo, presenta una incidencia de eventos tromboembólicos tan baja como del 4%. De hecho, diferentes autores^{9,10} afirman que el avatrombopag, en relación con los otros TPO-RA, parece ser la opción óptima como tratamiento de segunda línea para la PTI en adultos, ya que presenta el mayor beneficio como tratamiento de segunda línea a corto plazo a la

espera de demostrar su capacidad para conseguir remisiones completas y tasas de discontinuación. Los resultados del análisis de coste-efectividad británico⁷ se ven reforzados por la evidencia clínica del estudio AVESPA³ y del registro noruego⁵, que destacan la eficacia, seguridad y perfil favorable del avatrombopag en práctica real, aunque solo el estudio noruego contempla el análisis de la tasa de discontinuación. Estos hallazgos se complementarían con análisis locales como el de nuestro centro, que demuestra su impacto presupuestario directo, con una reducción significativa del gasto en TPO-RA sin comprometer eficacia, con la limitación del pequeño tamaño muestral. A la espera de un análisis de coste-efectividad en nuestro medio, parece claro que la convergencia de los distintos resultados respaldaría la consideración del avatrombopag como agonista preferente en decisiones clínicas (primera elección dentro de la segunda línea en PTI) y en políticas sanitarias, de forma similar a lo que acontece en países de nuestro entorno como Noruega.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

El autor declara haber participado en reuniones y advisory boards de Octapharma, Novo Nordisk, CSL Behring, Sobi y Amgen.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las

historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que se utilizó inteligencia artificial para la creación de las figuras 1 y 2 y para el análisis estadístico.

Referencias

1. Mingot-Castellano ME, Canaro Hirnyk M, Sánchez-González B, Álvarez-Román MT, Báñez-García A, Bernardo-Gutiérrez A, et al. Recommendations for the clinical approach to immune thrombocytopenia: Spanish ITP Working Group (GEPTI). *J Clin Med*. 2023;12:6422. doi: 10.3390/jcm12206422.
2. Jurczak W, Chojnowski K, Mayer J, Krawczyk K, Jamieson BD, Tian W, et al. Phase 3 randomised study of Avatrombopag, a novel thrombopoietin receptor agonist for the treatment of chronic immune thrombocytopenia. *Br J Haematol*. 2018;183:479-90. doi: 10.1111/bjh.15573
3. Pascual-Izquierdo C, Sánchez-González B, Canaro-Hirnyk MI, García-Donas G, Menor-Gómez M, Gil-Fernández JJ, et al. Avatrombopag in immune thrombocytopenia: a real-world study of the Spanish ITP Group (GEPTI). *Am J Hematol*. 2024;99:2328-39. DOI: 10.1002/ajh.27498
4. Ficha técnica avatrombopag [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [última entrada: 8/6/2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1191373/P_1191373.html
5. Rodríguez-López M, Ocampo Martínez R, Nuñez Vázquez RJ. Indirect comparison of two real-life studies in immune thrombocytopenia using artificial intelligence. *Hemost Trombos*. 2024;1(1):25-34. DOI: 10.24875/RHT.M24000012
6. Tomasello R, Garabet L, Pettersen H, Tjønnfjord E, Tsykunova G, et al. Real-world use, effectiveness and safety of romiplostim, eltrombopag and avatrombopag in immune thrombocytopenia: data from the Norwegian ITP Registry. *Blood*. 2023;142(Suppl 1) 3952. <https://doi.org/10.1182/blood-2023-182848>
7. Tarantino MD, Mosalpuria K, Kolodny S, Zhang J, Vredenburg M, Jamieson BD. Safety, efficacy, and treatment satisfaction in adults with ITP who switched to avatrombopag from another TPO-RA. *Blood Adv*. 2025;9(11):3165-74. doi:10.1182/bloodadvances.2024015635
8. Cooper N, Guterres S, Pochopie M, Wilson K, James S, Toumi M, et al. The cost-effectiveness of avatrombopag versus eltrombopag and romiplostim in the treatment of patients with immune thrombocytopenia in the UK. *J Mark Access Health Policy*. 2025;13(2):11. <https://doi.org/10.3390/jmahp13020011>
9. Liu Y, Zhang HX, Su J, Geng QC, Lin X, Feng CX. Efficacy and incidence of treatment related adverse events of thrombopoietin receptor agonists in adults with immune thrombocytopenia: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled study. *Acta Haematol*. 2023;146:173-84.
10. Deng J, Hu H, Huang F, Huang C, Huang Q, Wang L, et al. Comparative efficacy and safety of thrombopoietin receptor agonists in adults with thrombocytopenia: a systematic review and network metanalysis of randomized controlled trial. *Front Pharmacol*. 2021;12:704093.