



T-20. - ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LA MUJER. HALLAZGOS DEL RIETE

A. Blanco-Molina¹, J. González², J. Villalta³, T. Bueso⁴, M. Guil⁵, J. Vela⁶, B. Valero⁷, I. Casado⁸, A. Blanco-Molina, en representación del Grupo de Trabajo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Servicio de Medicina Interna. Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona). ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Celoni. Sant Celoni (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ⁸Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Objetivos: La influencia del género en la historia natural de la Enfermedad tromboembólica venosa (ETV) no ha sido estudiada en profundidad. En trabajos previos el género femenino se ha asociado a un mayor riesgo de sangrado, mientras que el masculino se relaciona con mayor frecuencia de recurrencias. Nuestro objetivo es analizar las características de la presentación clínica, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución de la ETV en la mujer.

Métodos: Se han utilizado los datos obtenidos de la base RIETE (Registro Informatizado de Enfermedad TromboEmbólica) para comparar las variables clínicas, y la evolución durante los tres primeros meses de tratamiento anticoagulante de la ETV de las mujeres y los hombres.

Resultados: En diciembre 2012, estaban incluidos 43.433 pacientes en el RIETE, de los cuales 22.113 eran mujeres (51%). 21.514 fueron embolismos pulmonares (TEP) y 21.919 trombosis venosas profundas (TVP). Comparadas con los hombres, las mujeres fueron mayores y presentaron más frecuentemente inmovilización, pero menos cáncer o ETV idiopática. Ellas recibieron dosis más altas de heparina de bajo peso molecular en el tratamiento inicial y a largo plazo. Durante los tres meses de seguimiento las mujeres sufrieron menos recurrencias como TVP (OR: 0,74; IC95%: 0,60-0,90), similar número de recurrencias como TEP (OR: 0,93; IC95%: 0,77-1,22), y más hemorragias mayores (OR: 1,25; IC95%: 1,10-1,43), así como y una tendencia a presentar mayor mortalidad por TEP inicial (OR: 1,22; IC95%: 0,996-1,50). En el análisis multivariante no se confirmó la influencia del sexo sobre el riesgo de recurrencias de TVP (OR: 0,96; IC95%: 0,88-1,06), las hemorragias mayores (OR: 1,12; IC95%: 0,98-1,30) o el TEP fatal (OR: 1,01; IC95%: 0,83-1,22).

Discusión: La ETV en la mujer tiene unas características diferentes a la del hombre. Estas diferencias radican tanto en la edad de aparición, como en los factores de riesgo precipitantes, así como en las comorbilidades. Probablemente la mayor edad de las mujeres con ETV y la alta frecuencia de la inmovilización estén influyendo en la evolución de la ETV en el sexo femenino, sobre

todo en la aparición de menos recurrencias, mayor número de hemorragias y en la tendencia a presentar mas TEP fatal inicial.

Conclusiones: Las mujeres presentan una incidencia menor de recurrencias como TVP y más hemorragias mayores que los hombres. Estas diferencias en la evolución podrían ser atribuidas a las distintas características clínicas y comorbilidades de la ETV en la mujer, más que a una diferencia propia del sexo.