Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1035

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-20. - TRATAMIENTO HORMONAL Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

A. Escalera Zalvide, J. Castellanos Monedero, I. Belchín Pérez, E. Vilsaint, E. Rioja Cobo, C. Alarcón Viejo

Unidad ETV-Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: Conocer el perfil clínico de las pacientes tratadas con anticonceptivos hormonales orales, y que desarrollan un evento tromboembólico. Poner de manifiesto condiciones clínicas de riesgo antes de la prescripción.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de las pacientes ingresadas en nuestro centro con diagnóstico de enfermedad tromboembólica (ETV), tromboembolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP), desde diciembre de 2009 hasta diciembre de 2013. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas, durante la hospitalización y en el seguimiento en la Consulta de la Unidad Funcional de ETV, y que se incluyeron en una base de datos. El análisis estadístico de hizo con PASW Statistics 18 (SPSS inc).

Resultados: Se incluyeron 14 mujeres, media de edad de 41,3 años. El 71,43% recibían tratamiento con fines anticonceptivos (1 por neoplasia, 1 por metrorragia, 1 por ovario poliquístico y otra por osteoporosis). El 85,71% procedía de urgencias. En 2 pacientes el evento aconteció por ingreso quirúrgico o inmovilización aguda. Ingresó el 50% por TVP aislada y 3 de ellas por EP y TVP. La demora media desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta fue de 13,79 días (mediana 4,5), y la estancia media de 7,32 días. Se recogió en la historia el tipo de tratamiento hormonal en el 57,14% (n = 8): de ellas 37,5% eran combinaciones de estrógenos + progestágenos y 37,5% progestágenos + antiandrógenos. Sólo en el 35,71% de las pacientes no se podía identificar ningún factor de riesgo para ETV. Los factores de riesgo de ETV en el momento de la prescripción fueron: tabaquismo 35,71%, obesidad 21,43%, insuficiencia venosa 28,57%, historia familiar de ETV 42,86%, hipertensión arterial 21,43%, abortos 7,14% y neoplasia 7,14% (motivo de la indicación). Ninguna paciente presentó fiebre. Tuvo dolor torácico el 21,43%, disnea 50%, tos 14,29%, dolor en extremidad 50%, síncope 3 pacientes y signos inflamatorios en miembros el 28,57%. El nivel medio para el D-dímero fue de 3,73 ?g/mL y para la hs-PCR de 3,87 mg/dL. La troponina Ic sólo fue patológica en 2 pacientes. La radiografía de tórax fue normal en el 78,5%. Se realizó ECG en 12 pacientes, siendo patológico en 6 [bloqueo de rama derecha (n = 4); taquicardia sinusal (n = 2); patrón S1Q3T3 (n = 1); fibrilación auricular (n = 1)]. Al 57,14% de las pacientes se les hizo angioCT [75% EP bilateral (n = 6); 62,5% afectación bilateral (n = 5)] y gasometría arterial [50% (n = 4) con insuficiencia respiratoria; 25% hipoxemia; 37,5% hipocapnia]. Se hizo ecocardiograma a todos los EP (n = 7) y sólo 2 presentaron dilatación de ventrículo derecho como hallazgo relevante. En ninguna se estimó una PSAP patológica. Se hizo estudio de trombofilia en todas las pacientes y se puso de manifiesto: hiperhomocisteinemia (n = 2), elevación del factor VIII (n = 1), déficit de la actividad de la proteína C (n = 2), déficit de la actividad de la proteína S (n = 2), heterozigosis para el factor V Leiden (n = 2), heterocigosis para la mutación 20210A del gen de la protrombina (n = 5) y déficit de antitrombina III (n = 2). Sólo 1 paciente presentaba anticuerpos antifosfolípidos positivos a título bajo (anticardiolipinas IgG 25U/mL) y el anticoagulante lúpico fue

negativo en todas ellas.

Discusión: La ETV es una entidad prevalente que se asocia con frecuencia al uso de tratamiento hormonal, con fines contraceptivos o no. Identificamos datos en la anamnesis que podían haber limitado la indicación del tratamiento, siendo especialmente llamativo el caso del tabaquismo y la historia familiar previa de ETV, si bien ninguna paciente presentaba evento trombótico previo. No se ha identificado ningún estado protrombótico de alto riesgo en las pacientes estudiadas.

Conclusiones: Una anamnesis adecuada permite identificar pacientes de riesgo de ETV en las que podría estar contraindicado el uso de tratamiento con anticonceptivos hormonales. Es papel del médico insistir en la importancia de la evitación de los factores de riesgo reversibles minimizando así la posibilidad de aparición de eventos trombóticos.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.