Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):127

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

T-010 - LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA RELACIONADA CON LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS EN EL RIETE

E. Alarcón Cuenca[1], A. Blanco-Molina[1], J. Trujillo Santos[2], M. Cazalilla Ruiz[1], S. Soler[3], C. Fernández Capitán[4], R. Valle[5], J. Porras[6] y Grupo RIETE

[1]Servicio de Medicina Interna. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).[3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Olot i Comarcal de la Garrotxa. Girona. [4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.[5]Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). [6]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Resumen

Objetivos: El tromboembolismo venoso (ETV) es el efecto adverso más importante de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC). El riesgo de ETV es menor para los AHC con levonorgestrel, norgestimato o noretisterona, comparado con el resto de progestágenos. A pesar de este hecho, el número de mujeres que consumen un AHC con progestágeno de alto riesgo es elevado. El objetivo de este trabajo es analizar en la serie del RIETE la influencia del tipo de AHC sobre las características y la evolución de la ETV relacionada con ellos.

Métodos: Se han utilizado los datos del RIETE para comparar las variables clínicas y la evolución durante los tres primeros meses de tratamiento anticoagulante de la ETV en mujeres tomadoras AHC, comparando el grupo de consumidoras de un AHC de bajo riesgo (etinilestradiol + levonorgestrel o noretisterona) con el de alto riesgo (etinilestradiol + desogestrel, gestodeno, drospirenona, ciproterona, etonorgestrel).

Resultados: En diciembre del 2015 estaban incluidos 55.111 pacientes en el RIETE. De estos, 178 fueron mujeres consumidoras de AHC de bajo riesgo y 1208 habían usado AHC de alto riesgo. Comparadas con el grupo de alto riesgo, las mujeres consumidoras de AHC de bajo riesgo fueron mayores (37 ± 12 años, vs 32 ± 12 alto riesgo, p 0,001), presentaron más frecuentemente cáncer como factor adicional (3,4% vs 1,1% alto riesgo, p 0,01), pero menos trombofilia conocida (0,6%, vs 3,2% alto riesgo, p 0,05) y ETV idiopática (61% vs 69% alto riesgo, p 0,04). En ambos grupos hubo mujeres con antecedente de ETV previa (2,2% bajo riesgo y 3,2% alto riesgo). No hubo diferencias en otros factores como inmovilidad, cirugía o viajes prolongados. Tampoco se detectaron diferencias significativas en la presentación como embolia pulmonar (TEP) (48% grupo bajo riesgo y 54% alto riesgo), trombosis venosa proximal o bilateral de miembros inferiores, trombosis en miembros superiores, visceral o en el sistema nervioso central. El porcentaje de mujeres con TEP y taquicardia > 110 spm fue mayor en el grupo de alto riesgo (28% vs 15% en bajo riesgo, p 0,02). No se detectaron diferencias en las recurrencias de ETV ni en las hemorragias en los tres primeros meses de seguimiento. En el grupo de alto riesgo fallecieron tres mujeres (0,2%), una de ellas por TEP, mientras que en el de bajo riesgo hubo dos fallecimientos (1,1%) pero ninguno por TEP.

Discusión: En nuestra serie el grupo de mujeres que desarrollaron una ETV en relación con la toma de AHC de alto riesgo fue casi 7 veces superior a las de bajo riesgo. Teniendo en cuenta que la frecuencia de ETV relacionada con los AHC de alto riesgo es el doble que en los de bajo riesgo, estas cifras sugieren que el

consumo de AHC de alto riesgo es muy superior, a pesar de no ser la opción más segura. Otro dato a destacar son los casos de ETV en mujeres consumidoras de AHC con antecedente de ETV previa, trombofilia o cáncer, dado que en estas circunstancias los AHC están contraindicados.

Conclusiones: Para minimizar la ETV relacionada con los AHC, las mujeres deben de elegir su anticonceptivo tras ser asesoradas por experto (ginecólogo, atención primaria...). Es recomendable usar de primera elección el AHC demenor riesgo de ETV y si no se tolera prescribir entonces uno de alto riesgo.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.