

**AUMENTO DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLIA
PULMONAR POR ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES EN PACIENTES CON
DESNUTRICIÓN**

**INCREASED RISK OF PULMONARY
THROMBOEMBOLISM BY HORMONAL
CONTRACEPTIVES IN PATIENTS WITH
MALNUTRITION**

Patricia Bolaños Ríos¹

¹Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)

Correspondencia: Patricia Bolaños Ríos, pbr@tcasevilla.com

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Fernando IV 24-26, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Desde 1960 los anticonceptivos hormonales combinados son objeto de estudio dado el aumento del riesgo asociado de tromboembolia venosa y arterial. Se ha podido observar cómo aquellos que contienen drospirenona o ciproterona en su composición aumentan el riesgo de tromboembolia venosa en comparación con las píldoras de segunda generación. En este caso, se tratará el caso de una paciente con desnutrición que, presentando amenorrea secundaria por su estado nutricional, inició la toma de anticonceptivos hormonales por prescripción de su ginecólogo.

Palabras clave: tromboembolismo pulmonar, anticonceptivos hormonales, desnutrición, amenorrea secundaria.

ABSTRACT

Since 1960 combined hormonal contraceptives are studied given the increased associated risk of venous and arterial thromboembolism. It was possible to observe how those containing drospirenone or cyproterone in their composition increase the risk of venous thromboembolism compared with second generation hormonal contraceptives. In this article, the case of a patient with malnutrition and secondary amenorrhea due to her nutritional status, and with hormonal contraceptives by prescription from your gynecologist will be explain.

Key words: pulmonary thromboembolism, hormonal contraceptives, malnutrition, secondary amenorrhea.

INTRODUCCIÓN

Poco después de la introducción del primer anticonceptivo oral combinado en 1960, un caso de trombosis venosa asociado a su uso fue detectado (1). Desde entonces, muchos estudios observacionales han demostrado que los anticonceptivos orales combinados se asocian a un aumento del riesgo de trombosis venosa (2).

Los anticonceptivos orales combinados son el método anticonceptivo más popular en los países desarrollados. Desde su introducción se han producido numerosos cambios y modificaciones en su composición, con el objetivo de mejorar la seguridad y la tolerabilidad, manteniendo la eficacia anticonceptiva. La mayoría de los cambios se han llevado a cabo en el componente de progestina, puesto que la mayoría de las combinaciones incluyen etinilestradiol como estrógeno. Uno de los efectos adversos es el aumento del riesgo de tromboembolismo venoso en dos formas clínicas de presentación: la trombosis venosa profunda o embolia pulmonary (3).

En este sentido, ante una nueva evaluación europea de dichos efectos, se solicitaron datos franceses sobre la frecuencia de tromboembolia pulmonar entre mujeres sometidas a anticoncepción hormonal o acetato de ciproterona. En este estudio, se analizaron de forma retrospectiva los factores de riesgo específicos de tromboembolia venosa y arterial. Se incluyeron 2966 mujeres (15-49 años de edad) de 30 hospitales franceses que habían padecido tromboembolia venosa o arterial. 803 de las pacientes (27.1%) habían estado

expuestas a un anticonceptivo hormonal (747) o al acetato de ciproterona (56). Entre los factores de riesgo se encontraron el tabaquismo o la edad ≥ 40 años. El número medio de factores de riesgo asociados fue significativamente menor para tromboembolia venosa que para tromboembolia pulmonar (1.1 frente a 2.3). La proporción de casos sin factores de riesgo fue mayor para los anticonceptivos hormonales combinados de tercera y cuarta generación que para los de primera y segunda generación (4).

En otros estudios se ha observado que el uso actual de anticonceptivos combinados orales con drospirenona o ciproterona aumenta el riesgo de tromboembolia venosa en comparación con los anticonceptivos hormonales de segunda generación (5).

Además se puede encontrar un trabajo (6) en el que se describe el caso de una mujer de 24 años de edad que ingresó en el servicio de urgencias con disnea y taquicardia sinusal. El diagnóstico de sospecha de embolia pulmonar fue confirmado por tomografía computarizada. La paciente perdió el conocimiento poco después y se quedó sin pulso. La reanimación cardiopulmonar se realizó y se le dio alta dosis de trombolisis. La paciente sobrevivió sin secuelas y fue dada de alta con anticoagulantes orales 8 días después del ingreso. Parece ser que el desconocido Leiden factor V, en combinación con una forma local de la anticoncepción hormonal (NuvaRing®) fue responsable de la trombosis venosa profunda de la pierna izquierda y la embolia pulmonar.

A continuación se describe el caso de una paciente a la que, presentando amenorrea secundaria por desnutrición, se le prescribió la toma de

anticonceptivos hormonales. Tras dos meses tomando dicho tratamiento, la paciente sufrió una tromboembolia pulmonar masiva.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 17 años de edad, atendida por primera vez en marzo de 2014. En la citada fecha estudia 2º de Bachiller. Sus padres están separados, estando en ocasiones con su madre y en otras con su padre y su abuela paterna. La paciente tiene una hermana menor que ella (15 años).

Acudió junto con su madre solicitando evaluación de posible TCA a instancia de su endocrinóloga. Entre los antecedentes familiares de interés psicopatológico en primer grado, se mencionaba el tratamiento del padre de la paciente sin más especificación.

En cuanto a los antecedentes personales de interés psicopatológico, recibió tratamiento psicológico hacia septiembre de 2013, aproximadamente durante 1 mes. Por otro lado se recogía tromboembolia pulmonar (TEP) en junio de 2013 (tras toma de ACO) y patología digestiva (gastritis, hernia de hiato). Refería amenorrea secundaria desde enero de 2013 (salvo periodo con ACO) así como osteopenia en estudio densitométrico previo. La pérdida de peso comenzó a finales de 2012, dando lugar a principio de 2013 a amenorrea secundaria, motivo por el que 6 meses después acuden a ginecólogo que recomienda, a pesar del bajo peso, la toma de ACO.

La paciente niega la realización de cualquier tipo de dieta. En el momento de la entrevista toma Sintrom y Pantoprazol.

La paciente comenta: “al año pasado comencé a estar muy agobiada con los estudios, quería comer rápido para ponerme a estudiar”. Este motivo es considerado por la paciente como el desencadenante del trastorno de la alimentación.

Cuando comienza 1º de Bachillerato empieza a perder peso, según ella no era algo intencionado, sino que estaba producido por la ansiedad que le generaban los estudios. Llegaba a su casa y comía cualquier cosa para ponerse a estudiar. Su madre llega a almorzar bastante más tarde que ella del trabajo, por lo que la paciente comía con su hermana, la comida que su madre dejaba preparada. En verano de 2013 pierde más peso por problemas digestivos, siendo la la pérdida de peso evidente, *"hasta yo me daba cuenta, estaba en los huesos pero no sabía por qué ni qué hacer"*. Desde mediados de diciembre la paciente está en tratamiento con endocrinóloga, recuperando desde entonces unos 5 kg aproximadamente, *"al principio me costaba recuperar peso, tenía el estómago un poco chungo, cierto miedo a las molestias que podía tener al comer"*. Desde que está en tratamiento hace 5 comidas al día, excepto los fines de semana que no toma nada en media mañana porque se levanta más tarde. *"Me voy viendo mejor a medida que voy ganando peso"*. En cuanto a psicopatología asociada, no se observa tristeza, apatía, ni anhedonia. Sí existe ansiedad provocada por los estudios, *"si me agobio mucho por las cosas que tengo que hacer a veces me pongo a llorar"*. La paciente tiene una personalidad alegre, sociable, trabajadora, más o menos exigente.

Según la madre, la pérdida de peso comienza en diciembre de 2012, siendo la diferencia hasta diciembre de 2013 de 10-12 kg. La madre explica que

la paciente siempre ha estado delgada. Confirma el miedo a comer descrito por la paciente, que en algunos casos la llevaba a llorar, temiendo las posibles molestias digestivas al ingerir alimento.

En cuanto al cuadro clínico, la paciente negaba distorsión de su imagen corporal así como cualquier deseo voluntario de perder peso. La paciente explica: *“me veo bien, me gustaría tener un par de kilos más, pero antes me veía peor ya que estaba más delgada”*. Negaba asimismo episodios de sobreingesta y conductas compensatorias habitualmente asociadas. Desde el punto de vista psicopatológico negaba asimismo cualquier tipo de alteración al momento de la exploración. Niega consumo de drogas, alcohol o tabaco. No se refieren agresividad ni autolesiones. No se observa dificultad de expresión ni de descripción de sentimientos. La paciente no refiere dificultad para reconocer sus cambios corporales *“aunque al principio me costó darme cuenta”*. La paciente comenta adecuado descanso.

En cuanto a la adaptación social es buena, con un grupo estable de amigos. La paciente mantiene adecuada relación con sus padres, que se separaron cuando ella tenía 4-5 años de edad. Se observa buen rendimiento académico, aunque a veces la paciente refiere problemas de concentración *“me doy cuenta de que necesito dedicar más tiempo que otras personas para sacar cierta nota, creo que podría sacar más pero la verdad no sé cómo hacerlo”*. Buen nivel de autoestima. En cuanto a las estrategias utilizadas para resolver problemas, la paciente comenta que en un principio intenta resolver la situación por ella misma, luego pide ayuda. En cuanto a las emociones, a veces no lo expresa y en otras ocasiones acude a padres y amigas.

Al preguntar acerca de la motivación por el tratamiento, la paciente explica que su intención es recuperar el peso perdido debido a problemas digestivos.

La paciente refiere síntomas de dispepsia cuando toma salsas o comidas copiosas y picantes. Estos síntomas fueron más acentuados durante la gastritis.

En el momento de la entrevista, la paciente niega esconder o tirar comida. Sí desmenuza los alimentos en el plato y come muy lento. No se preocupa por la comida de los demás. Niega episodios de sobreingesta, así como cualquier tipo de conducta compensatoria como vómitos, laxantes o diuréticos. La paciente no realiza ejercicio físico desde que tuvo lugar la tromboembolia pulmonar.

Nunca ha realizado dietas ya que no ha tenido problemas de peso ni ha querido perder peso, se encontraba bien con su cuerpo y su imagen corporal. La valoración antropométrica en el momento de la entrevista relevaba un IMC de 16.2 y un porcentaje de grasa corporal de 13.9. El peso de la paciente era 42.5 kg, habiendo tenido un peso máximo de 47 kg en 2012 y mínimo de 37.5 en diciembre de 2013.

No se observan signos clínicos en lengua, dentadura o encías. La paciente comenta pérdida de cabello.

La evaluación antropométrica aportada por su endocrinóloga reflejaba una evolución del IMA de 14.09 (diciembre de 2013) a 16.13 (marzo de 2014, antes de nuestra evaluación).

En cuanto a la preparación de los alimentos, su madre se encarga de los almuerzos mientras que ella prepara las cenas ya que su madre trabaja y llega tarde. La paciente prefiere para comer huevo, pasta, lácteos, pescado y frutas. Rechaza el marisco porque nunca le ha gustado y la comida rápida ya que le provoca más molestias digestivas. En cuanto a las técnicas culinarias utilizadas, a veces rechaza los fritos por la misma razón, con el fin de evitar molestias digestivas. La paciente refiere apetito normal. Suele tomar 1-1.5 litros de agua al día. No ha tomado suplementos de farmacia. En el momento de la entrevista realiza cinco comidas al día que suelen ser en casa, concretamente en el salón. Los martes y los viernes almuerza en el instituto la comida que se lleva de casa. Mantiene horarios regulares de comidas. El almuerzo lo suele hacer acompañada, pero la cena casi siempre sola. Como distracción durante las comidas suele ver la televisión. Con respecto a la estructura de las comidas, a veces toma un plato y otras dos, con algo de pan y postre (fruta o yogur). La bebida habitual con las comidas es agua. Según la paciente, a pesar de las molestias que a veces puede padecer disfruta con la comida. No existe picoteo habitual ni se levanta por la noche a comer. Los estados de ánimo afectan bastante a la ingesta que tiene la paciente, en especial, la ansiedad la disminuye. No suele dejar comida en el plato.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos, se recogió:

- Legumbres: 3/semana
- Pasta y arroz: 4-5/semana
- Patatas: 6-7/semana

- Carne: 4-5/semana
- Pescado: 3/semana
- Huevo: 3-4/semana
- Verduras: 4-5/semana
- Lácteos: 3-4/día
- Fruta: 2-3/día
- Pan/cereales: 3-4/día
- Frutos secos: 5-6/semana
- Dulces: 3-4/semana

También se solicitó un recuento de 24 horas:

- Desayuno: 2 tostadas con mantequilla de pan de molde con leche entera con nesquick.
- Media Mañana: Bizcocho con zumo de melocotón
- Almuerzo: filetes de pollo con salsa y patatas fritas + pan + pera
- Merienda: batido con un yogur, leche condensada, agua y helado de fresa.
- Cena: lagrimitas de pollo con patatas fritas + yogur.

En cuanto al diagnóstico, no se encontraron datos “típicos” de un TCA, si bien la DSM V (en vigor desde mayo de 2013) establece que la negación de

alteraciones de la imagen corporal y/o la negación del deseo voluntario de perder peso no permiten, por sí mismas, descartar una anorexia nerviosa, siendo el criterio más importante para tal diagnóstico (más tratándose de una chica adolescente) una pérdida de peso de causa no orgánica y/o la imposibilidad de recuperar un peso normal sin traba orgánica que lo explique.

En cuanto a la TEP, la paciente está a la espera de pruebas genéticas. A expensas de dicha prueba, hay que tener en cuenta que dentro de los efectos secundarios de los ACO la posibilidad de TEP está contemplada, constituyendo éstos un claro factor de riesgo. Si la prueba genética concluye su predisposición a padecer la TEP, hay que considerar que los ACO han podido actuar como un agente que la ha provocado de forma más precoz, desencadenando la TEP.

CONCLUSIONES

- Se pone de relieve la necesidad de fortalecer el conocimiento de los pacientes y los profesionales de la salud acerca de los factores de riesgo tromboembólicos en la primera prescripción y renovación de los anticonceptivos hormonales (4).
- Los profesionales que prescriben la toma de anticonceptivos hormonales, deben conocer la situación de la paciente, considerando que dicha prescripción no sería adecuada frente a una amenorrea secundaria producida por desnutrición. En estos casos, sería esencial la recuperación de peso como medida inicial.

REFERENCIAS

1. Jordan W. Pulmonary embolism. *Lancet* 1961;278:1146-7.
2. Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Hammerstrom J. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemost* 2007;5:692-9.
3. Blanco-Molina MA1, Lozano M, Cano A, Cristobal I, Pallardo LP, Lete I. Progestin-only contraception and venous thromboembolism. *Thromb Res.* 2012 May;129(5):e257-62. doi: 10.1016/j.thromres.2012.02.042.
4. Gourbil M, Grandvuillemin A, Beyens MN, Massy N, Gras V, D'Amico A, et al. Thromboembolic events in women exposed to hormonal contraception or cyproterone acetate in 2012: a cross-sectional observational study in 30 French public hospitals. *Drug Saf* 2014;37(4):269-82. doi: 10.1007/s40264-014-0149-8.
5. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013 Feb;27(1):25-34. doi: 10.1016/j.beem.2012.11.002.
6. Spinner T, Segerer M, Holub A, Spes C, Mudra H. [A young woman with fulminant pulmonary embolism]. *Internist (Berl).* 2012 Aug;53(8):985-9. doi: 10.1007/s00108-012-3082-x.