

Recientemente, los medios de comunicación se han hecho eco de la publicación de un nuevo estudio (Lidegaard 2012) que trata de la relación entre uso de anticonceptivos hormonales y trombosis venosa .

En este caso se concentra en la diferencia de riesgos según las distintas vías no orales de administración, en este trabajo además, se engloban los preparados con solo gestágenos administrados por implantes subdérmicos o sistemas intrauterinos.

En la Conferencia de consenso que la SEC organizó recientemente se hizo un análisis de los trabajos científicos disponibles con respecto a otras vías de AHC: Transdérmica y vaginal

Hay varios estudios pero todos hechos con Ortho- Evra, ( no disponible en España), no con Evra (6 mg de norelgestromin y 600 microgramos de etinil estradiol )que es el que tenemos comercializado en España. Los resultados son contradictorios y en su análisis riguroso se identifican diversos sesgos que limitan su valor.

Los datos disponibles sobre eventos adversos asociados al uso del anillo vaginal (2.7 mg de etinilestradiol y 11.7 mg de etonorgestrel) son limitados, por lo que es complicado conocer el riesgo de ETV asociado a este dispositivo (RCOG 40).

**Después de analizar estos estudios la CdC concluyó que por lo que respecta a la vía de administración de los AHC , los datos son inconsistentes, lo que no permite emitir ninguna recomendación de si hay una vía mejor que otra relacionada con el riesgo de ETE.**

En el estudio ahora publicado se concluye que las mujeres que usan como anticonceptivos parches transdérmicos o anillos vaginales, tienen un riesgo superior (7,9 y 6,5 respectivamente ) que las no usuarias de anticonceptivos . Las usuarias de implantes tendrían un riesgo ligeramente superior y las usuarias de intrauterina de levonorgestrel no tendrían mayor riesgo.

En la misma revista en la que se ha publicado este artículo, han aparecido ya críticas parecidas a las de anteriores estudios publicados por Lidegaard en 2009 y 2011 (Dinger Y Shapiro , 2010 y 2012) con respecto a los sesgos de la base de datos que utiliza en la que no figuran datos tan importantes como el IMC o los antecedentes de trombofilia, antecedentes familiares de TEV, Inmovilizaciones, tabaquismo y en la que parece que se comparan nuevas usuarias de las vías no orales con antiguas usuarias de la vía oral. Todos estos constituirían sesgos metodológicos importantes.

En el mismo BMJ la Dra Anne Zsarewski, plantea los pocos casos que hay en esta publicación de TEV confirmados del implante y del parche, lo que llevaría a una inestabilidad estadística; así como la falta de plausibilidad biológica del dato de reducción de riesgos con respecto a no usuarias de las portadoras de DIU de LNG.

Desde el punto de vista estadístico podemos afirmar que a la hora de realizar las comparaciones, utilizan los valores de la estimación puntual del riesgo relativo para las conclusiones finales, en lugar de utilizar los intervalos de confianza al 95%. Si nos fijamos en las tablas, podemos ver que los intervalos de confianza de los

riesgos relativos comparados con las mujeres sin tratamiento anticonceptivo hormonal se superponen, lo cual quiere decir, que no tenemos evidencia científica para afirmar que hay diferencias entre los distintos tratamientos.

Todos estos sesgos ponen en entredicho la credibilidad de este análisis de la base de datos danesa y dejan el tema tal como en su día lo formuló la CdC y que posteriormente reforzó

un metanálisis publicado en febrero de 2012 sobre este tema, en el que se incluyen los trabajos comentados para el estudio del parche y se concluyó que no había diferencias en el riesgo de TEV, entre los AHC orales y los transdérmicos que contenían norgestimato o norelgestromina respectivamente. (Martinez, 2012)

Con respecto a los anticonceptivos con sólo gestágenos que se administran vía intradérmica (Implante) o intrauterina (DIU-LNG):

- Los progestágenos en general no inducen cambios en los factores de la hemostasia, por lo que se consideran una buena alternativa anticonceptiva para las mujeres de alto riesgo de TEV . Así lo consideran los distintos estudios que analizan el tema (Lidegard 2009, Lidegard 2011, Bergendal 2009, Blanco- molina 2012).

Las guías de uso de anticonceptivos de la OMS, UKMEC y SEC los recomiendan en caso de trombofilia, antecedentes de TEV e incluso en caso de trombosis actual si la mujer esta anticoagulada.

#### BIBLIOGRAFIA

- Anne Zsarewski. Another flawed database analysis of VTE risk and hormonal contraceptives 15 May, 12 | by shellrairie, e-Media Editor. BMJ
- Bergendal A, Odlind V, Persson I, Kieler H. Limited knowledge on progestogen-only contraception and risk of venous thromboembolism. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(3):261-6.
- Blanco-Molina MA, Lozano M, Cano M, Cristobal I, Pallardo LP y Lete I. Progestin-only contraception and venous thromboembolism. Hrombosis research 2012.
- Conferencia de Consenso Sec 2011. Recomendaciones definitivas
- Dinger JC, Shapiro S. Combined oral contraceptives, venous thromboembolism, and the problem of interpreting large but incomplete datasets J Fam Plann Reprod Health Care 2012;38:2-6.
- Lidegaard O, Nilesen LH, Wessel CH, Lokkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. BMJ 2012;344:e2990 doi: 10.1136/bmj.e2990 (Published 10 May 2012)
- Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen A, Agger C. Hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a national follow up study. BMJ 2009;339:b2890.
- Lidegaard O, Nilesen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. BMJ 2011;343:d6423
- Martínez F, Ramírez I, Pérez-Campos E, Latorre K and Lete I. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. Systematic review and meta-analysis. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, February 2012; 17: 7-29
- RCOG 40 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception (Green-Top 40). July 2010.
- RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Combined Hormonal Contraception Clinical Effectiveness Unit October 2011
- Shapiro S, Dinger J. Risk of venous thromboembolism among users of oral contraceptives: a review of two recently published studies. J Fam Plann Reprod Health Care. 2010;36(1):33-8.