

Anticoncepción hormonal y COVID-19

ALEJANDRA BELARDO

SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ITALIANO (BUENOS AIRES, ARGENTINA)

MAGALÍ GALARZA TABORDA

RESIDENTE 4º AÑO TOCGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL «J. M. PENNA» (BUENOS AIRES, ARGENTINA)

Resumen

Dentro de la emergencia de COVID-19, una de las preocupaciones fue garantizar el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva. Los estudios epidemiológicos no muestran ningún riesgo significativo de enfermedad tromboembólica venosa o arterial. Los anticonceptivos con sólo progestágenos pueden usarse en mujeres que tienen contraindicación para los AHC (categoría 4) o donde no se recomienda su uso (categoría 3). Por lo tanto según las recomendaciones, paciente con COVID-19 con anticoncepción oral combinada, pasar a POP. Es importante recordar que debemos ser cautos a la hora de informar, específicamente el riesgo de trombosis y su relación con el anticonceptivo hormonal como también realizar: consejería adecuada; evaluar los factores de riesgo de cada mujer ajustada a su necesidad; contener a las pacientes, la telemedicina en cualquiera de sus formas ayuda al contacto con la paciente; trabajo interdisciplinario para poder darle la mejor indicación a nuestra paciente; seguir las guías de recomendación.

Palabras clave

Anticoncepción; COVID-19; progestágenos; guías.

Anticoncepción en la actualidad

El porcentaje de mujeres entre 15-49 años que utiliza algún tipo de método anticonceptivo (MAC) es ampliamente variable en el mundo.⁽¹⁾ Globalmente, en 1990 un 54 % de las mujeres usaban anticoncepción, pero en el 2015, luego de más de dos décadas, ese porcentaje no varió demasiado, llegando a un 57,4 %. Sin embargo, en los últimos años, ha habido un gran avance en lo que se refiere a anticoncepción, si bien eso no se ha visto plasmado en la medida de lo esperado en el uso de métodos anticonceptivos ni en la disminución de embarazos no planeados.

En nuestro país, Argentina, un 50 a un 70 % de mujeres entre 15-49 años utilizan algún método anticonceptivo (MAC), aunque lo ideal es que más del 70 % de la población utilice algún MAC, como ocurre en países desarrollados. También es cierto que hay países donde su uso es menor. El punto es que nuestro país está ubicado en un punto intermedio y tenemos que tender a estar un poco mejor en relación al porcentaje en mujeres que usen algún tipo de anticonceptivo.

El análisis de estos datos nos lleva a pensar que la anticoncepción es una necesidad insatisfecha. En regiones en vías de desarrollo, se calcula según datos del 2017,⁽²⁾ que de 1.600 millones de mujeres de edad reproductiva en países en vía de desarrollo, 885 millones de mujeres tienen necesidad de anticoncepción, y 214 millones quieren prevenir un embarazo pero no están usando ningún tipo de anticoncepción segura. Muchas de ellas no están usando ningún método o están utilizando métodos tradicionales de muy baja eficacia. Así que visto de esta manera, podríamos afirmar que realmente la anticoncepción es una necesidad insatisfecha.

El problema radica en que las mujeres que no están usando anticonceptivos o están usando un método anticonceptivo poco seguro, tienen una elevada tasa de embarazo no intencional (ENI). Considerando que de los 206 millones de embarazos estimados en 2017 en las regiones en desarrollo, casi la mitad, el 43 % son ENI surge la pregunta: ¿por qué ocurre esto? En gran parte, porque las mujeres no utilizan ningún método o no están utilizando un método lo suficientemente seguro (10 %). Por lo cual, podríamos decir que las mujeres con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos representan aproximadamente el 84 % de los ENI.

Según datos del National Survey of Family Growth 2015-2017,⁽³⁾ el 64,9% (46,9 millones) de las mujeres entre 15-49 años en Estados Unidos usan actualmente anticoncepción. Dos cosas interesantes a tener en cuenta, a medida que envejecen, las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos anticonceptivos.⁽⁴⁾ Aproximadamente el 73,7 % entre 40-49 años usan anticonceptivos mientras que en las mujeres de entre 15-19 años, su uso alcanza el 37,2 %. Justamente en la edad más vulnerable, donde más se necesita, las mujeres suelen utilizar menos métodos anticonceptivos. Sin embargo, cuando hablamos de anticonceptivos hormonales orales (ACO), su uso disminuye con la edad, 19,5 % en mujeres de 20-29 años y un 5,1 % entre los 40-49 años.

Por otro lado, los LARC, que son los métodos más aconsejables para cualquier etapa de la vida, independientemente de la edad de la mujer, aún no ocupan el porcentaje que esperamos, ya que deberían ser los métodos de primera elección.

En la Argentina, 8 de 10 mujeres utilizan anticoncepción. Según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva del año 2013,⁽⁵⁾ el 50,5 % de las mujeres utilizan anticoncepción hormonal. Cuando se analiza

lo que ocurre con los anticonceptivos de tipo hormonal, dentro de los grupos etarios se observa que en las mujeres más jóvenes, 14 a 19 años y 20 a 29 años, se utilizan mayormente anticonceptivos hormonales.⁽⁶⁾ En las mujeres mayores de 40 años, se reduce significativamente la utilización de anticoncepción hormonal, creciendo la elección de DIU. En nuestro país los métodos hormonales son los más usados. Cuando vemos el uso del método anticonceptivo de barrera en las mujeres no llega al 30 %. Nuevamente los LARC tienen muy bajo porcentaje de uso en nuestras mujeres.⁽⁷⁾

Embarazo no intencional (ENI): Situación en Argentina

Se estima que alrededor del 50 % de los embarazos son no intencionales (ENI), muchos de los cuales terminan en su interrupción.

Según datos del Ministerio de Salud, en el año 2018, del total de muertes maternas, el 13 % se produjeron por embarazo terminado en aborto. El 12,9 % de los nacidos vivos fueron de mujeres adolescentes.

En nuestro sistema público de salud, el 58,4 % de las mujeres no planificaron su embarazo y el 81,5 % de ese grupo, no utilizaba ningún método anticonceptivo.

Las adolescentes son un grupo muy vulnerable, de alto riesgo. La posibilidad de embarazo, dentro del primer año de relaciones sin protección, alcanza hasta el 90 % en ellas. Por eso es muy importante la consejería en este grupo etario. El 80 % de los embarazos durante la adolescencia son ENI, y el 50 % terminan en un aborto.⁽⁸⁾ El embarazo adolescente es un tema importante a tener en cuenta, el riesgo es mayor porque muchas veces se acompaña de situaciones de riesgo como abuso

de sustancias, tabaquismo, alcohol, malnutrición, violencia, estrés emocional y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

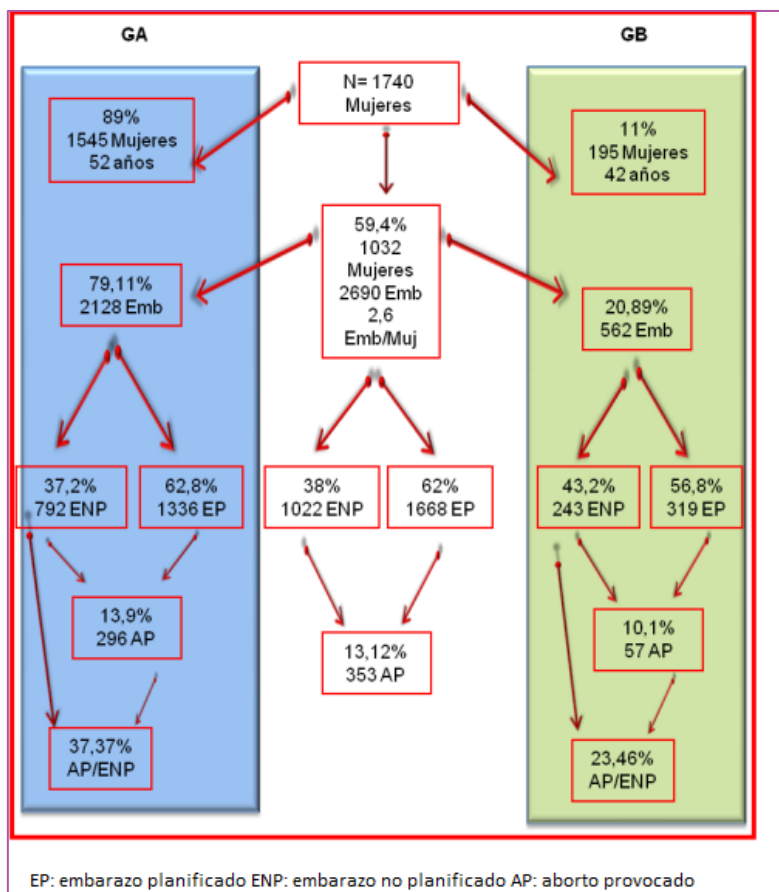


FIGURA 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL ABORTO PROVOCADO

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, 2012

En relación a esta situación nuestro grupo de trabajo llevó a cabo el trabajo «Epidemiología del aborto provocado»,⁽⁹⁾ presentado en 2012 en un congreso nacional, del que participaron 1.740 mujeres. Se dividió la muestra de acuerdo al nivel socioeconómico en mujeres con mejores ingresos y grupo de escasos recursos, donde a través de encuestas dirigidas indagamos la cantidad de embarazos que habían tenido, y cuántos de esos embarazos habían terminado en abortos provocados,

entre muchas otras variables. Más allá de los números encontrados, los embarazos no planeados, constituyeron el 37,2 % en el grupo de alto riesgo y un 43,2 % en el grupo de bajo riesgo. El 13,12 % de las mujeres que habían sido encuestadas, habían interrumpido su embarazo (**FIGURA 1**). Lo interesante de esto, aplicando la estadística, es que, si pudiéramos disminuir un 10 % de los embarazos no planificados, se disminuiría la posibilidad de una interrupción del embarazo en un 33,4 %. Por lo cual, la importancia que tiene hablar de anticoncepción, y que nos ocupemos de la anticoncepción como un tema de primera línea y de prioridad para abordar con nuestras pacientes independientemente de la edad que tengan, es crucial.

Impacto del COVID-19 en anticoncepción

Al comienzo de la pandemia, el COVID-19 se planteó como una enfermedad pulmonar, la enfermedad de la insuficiencia respiratoria, pero luego se empezó a relacionar con el tema de la anticoncepción. Lo primero que pensamos los ginecólogos es ¿por qué? ¿existe relación entre la anticoncepción y el COVID-19? Y si la tuviera, ¿qué implicancias tiene en nuestra práctica diaria como ginecólogos?

Este rumor comenzó a partir de publicaciones internacionales, que mostraban una relación entre COVID-19 y desarrollo de trombosis. A lo cual le siguieron dos preguntas: ¿la enfermedad por COVID-19 podría predisponer al desarrollo de trombosis, tanto venosas como arteriales debido a la inflamación excesiva, activación plaquetaria, disfunción endotelial y estasis sanguínea? ¿Qué implicancia tiene esta información en nuestra práctica diaria como ginecólogos?

Entonces, aparece el riesgo de trombosis por un lado y, por otro lado, la pandemia con la dificultad del acceso a la anticoncepción. ¿Podríamos entonces pensar en las «dos caras de la pandemia»?

Las recomendaciones hasta ese momento se basaban en:

- Evidencia científica que asocia el uso de terapias hormonales y su riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE).
- Los reportes indicaban que los pacientes sintomáticos u hospitalizados con COVID-19 podrían desarrollar un estado de hipercoagulabilidad y un mayor riesgo de trombosis.

Esto se afirmaba al comienzo de la pandemia, donde se decía que no teníamos fehaciente demostración de que el riesgo de ETEVE era más elevado en los casos de COVID versus otros pacientes en estado crítico, que también tienen un alto riesgo de trombosis.

A modo de síntesis, la coagulación consta de un proceso que es la hemostasia primaria, donde hay un componente vascular y un componente plaquetario que se conjugan para la agregación plaquetaria y la formación del trombo. Luego se desencadena la hemostasia secundaria con la activación de los diferentes factores de coagulación, llamada *cascada de coagulación* que deviene en la formación de la malla de fibrina. Esto desencadena también el otro proceso de *fibrinólisis*, donde activándose se produce la lisis del coágulo (**CUADRO 1**).⁽¹⁰⁾

Uno de los componentes que derivan de la lisis del coágulo, es el dímero D, siendo la medición de este uno de los factores de riesgo en los pacientes internados con COVID-19 que están en estado grave.

HEMOSTASIA PRIMARIA	HEMOSTASIA SECUNDARIA	FIBRINÓLISIS
- Vasoconstricción (inmediata)	- Activación de los factores de coagulación	- Activación de la fibrinólisis (minutos)
- Adhesión plaquetaria (segundos)	- Formación de malla de fibrina (minutos)	- Lisis del coágulo (horas)
- Agregación plaquetaria		

CUADRO 1. HEMOSTASIA Y FIBRINÓLISIS

Recordando la cascada de coagulación, donde hay una vía intrínseca y una vía extrínseca,⁽¹¹⁾ esta última es aquella que no depende de los factores de coagulación, sino que es externa porque se desencadena por un factor tisular que se libera, por ejemplo, por un traumatismo. La vía intrínseca surge a partir de la activación de los diferentes factores de coagulación que están en la sangre, pero todo tiene como objetivo, convertir la protrombina en trombina y de esa forma se desencadena otra reacción de activación de fibrina a partir del fibrinógeno para que se forme esa malla de fibrina, que consolide ese trombo plaquetario, que hablamos en la hemostasia primaria (FIGURA 2).

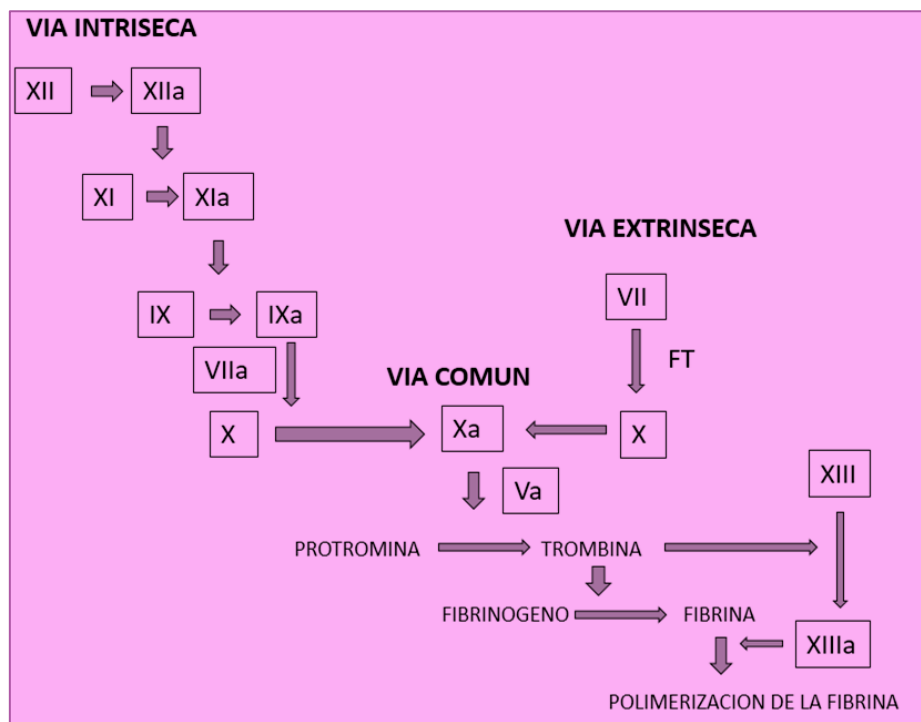


FIGURA 2. CASCADA DE COAGULACIÓN

A esas alturas, lo que se suponía que ocurría en las pacientes con COVID-19 era una respuesta inmune trombótica, que algunos autores argentinos la llamaron *respuesta inmune trombótica asociada a COVID-19* (RITAC).⁽¹²⁾

En estos pacientes se producía una activación patológica de la trombina, observándose múltiples episodios trombóticos que iban desde isquemia periférica, tromboembolismo pulmonar hasta coagulación intravascular diseminada (CID). Lo que se afirmaba era que el COVID activaba a los linfocitos en forma patológica, desmesurada, de forma tal que liberaba sustancias que hacían que los macrófagos estuvieran hiperactivados. Esto generaba dos reacciones, una reacción inmunológica con liberación de citoquinas proinflamatorias (IL-1 e IL-6) e hipersecreción de ferritina, generando hiperferritinemia, que es un factor pronóstico. Y un escenario trombótico con liberación del factor activador del plasminógeno y otros mecanismos que determinaban la elevación del dímero D. Este dímero D

pasó a ser también un factor de riesgo trombótico en los pacientes portadores de COVID-19 (FIGURA 3).

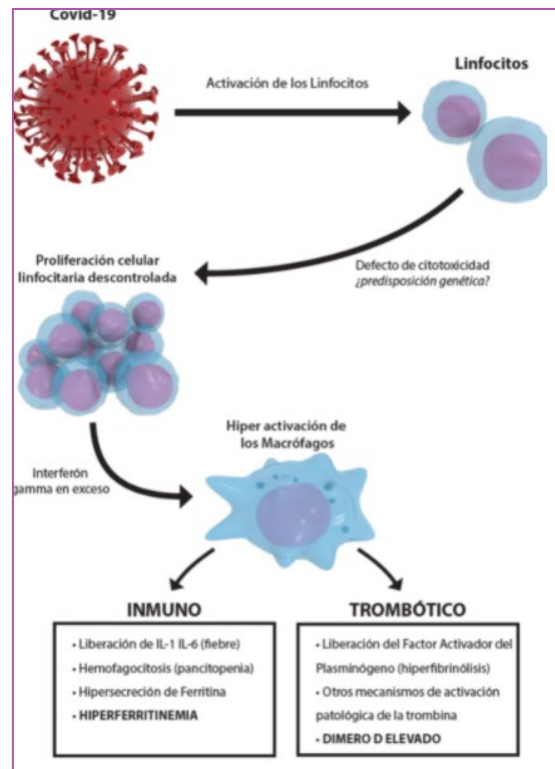


FIGURA 3. FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA INMUNE TROMBÓTICA ASOCIADA A COVID-19

FUENTE: GAUNA & BERNAVA (2020)

Todo esto fue un camino, un proceso donde realmente se convalidó que el COVID-19 es una enfermedad trombogénica que produce trombosis microvascular, llevando a un síndrome de falla multiorgánica y trombosis microvascular. También aprendimos que trombosis y SARS-CoV-2 estaban ligados, como que el nivel de dímero D se asocia a mayor mortalidad en pacientes con COVID-19. Francamente era un factor de riesgo el aumento de los niveles de dímero D.

La infección de las células por el SARS-CoV-2 está mediada por la unión con el receptor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA 2) que se encuentra en el epitelio de la vía respiratoria y pulmonar, así como en

todos los endotelios. Dicha interacción es la clave del inicio de la inmunotrombosis, cuya principal consecuencia son la inflamación y coagulación. La inflamación es iniciada por la tormenta de citoquinas (IL-2, IL-6, IL-7, IL-10 G-CSF, IP-10, MCP-1, MIP-1A y TNF- α) con el reclutamiento de macrófagos y monocitos. Esta inflamación se mantiene debido a la infiltración por virus, células inmunológicas, y por la producción de patrones moleculares asociados al daño. El daño al endotelio es el primer paso de la coagulación con activación de la vía extrínseca, cuyo objetivo final es la producción de fibrina. Y básicamente lo que ocurre es un desbalance entre factores protrombóticos (factor VII, VIII, factor de von Willebrand, y presencia de ácidos antifosfolipídicos), la reducción de los anticoagulantes naturales como es la antitrombina y proteína C y deficiencia de sistema fibrinolítico, que aumenta la actividad del inhibidor de la activación del plasminógeno-1 (PAI-1). Esto lleva a desórdenes de coagulación bajo el término «coagulopatía asociada al COVID-19», dando lugar a trombocitopenia, al dímero D alto, y fibrinógeno, que por último va a desencadenar una sepsis por coagulopatía y CID.

Los diferentes estadios de coagulopatías promueven más trombosis que hemorragia. Los niveles de dímero D representan ambos procesos trombóticos e inflamatorios. Sin embargo, los niveles de citoquinas parecen ser menores en COVID-19 que en otros SARS, por lo que se sugieren otras vías que involucran angiotensina II, que es una hormona con propiedad inflamatoria. El aumento de niveles de angiotensina II es inducido por la unión del receptor ECA 2 con SARS-COV-2. Esta enzima parece tener como función principal mantener el equilibrio entre efectos vasoconstrictores, pro-inflamatorios, proliferativos, profibróticos y oxidantes de este sistema y sus antagónicos, mediante la degradación y disminución de la producción de angiotensina II y la formación de

angiotensina. El aumento de niveles de angiotensina II favorece la inmunotrombosis con liberación de citoquinas, leucocitos y plaquetas, la activación del endotelio llevando a la liberación de factor VII y PAI-1.⁽¹³⁾

Resumen de la evidencia de la relación entre COVID-19 y salud reproductiva⁽¹⁴⁾

- La ECA 2 se expresa en varios tejidos de la economía como ovarios, ovocitos y tejido endometrial.
- La ECA 2 podría regular la producción de estradiol y progesterona, mientras que favorece la ovulación y maduración del ovocito y regula la regeneración del endometrio y actividad miometrial.
- Se cree que el E2 puede regular la expresión de ECA 2 en células epiteliales diferenciadas.

Las mujeres exhiben menor morbimortalidad en comparación con los hombres luego de la infección por COVID-19. Esto podría estar dado por los efectos inmunomoduladores de las hormonas sexuales, que parece ser el factor más importante para la menor mortalidad entre mujeres. Aparentemente las mujeres tienen mayor respuesta celular y humoral a la infección. La función de leucocitos y fagocitosis de macrófagos es más eficiente y la eliminación del patógeno es más rápida en mujeres que hombres.

Anticoncepción y COVID-19

Lo más importante es tener claro que estamos frente a una enfermedad proinflamatoria y protrombótica, y por ende tener en cuenta los factores de riesgo de tromboembolismo venosos en mujeres usuarias de anticonceptivos orales.

Factores de alto riesgo de TEV en usuaria de ACO⁽¹⁵⁾

- Fumadora > 35 años
- Obesidad
- Venas varicosas 1,5 mayor el riesgo
- Postparto < 21 días o entre 21 y 42 días sumado a otros factores de riesgo
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Antecedente de TEV o TEP
- Trombofilia hereditaria (incluyendo síndrome antifosfolípido)
- Enfermedad inflamatoria intestinal activa o extensa con cirugía, inmovilización, uso de glucocorticoides, deficiencia de vitaminas o depleción de fluidos
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos positivos o desconocidos

El objetivo era que la emergencia de COVID-19 no se transformara en una emergencia de embarazos no intencionales.

Los reportes siguientes del año 2021 evidenciaron que la falta de acceso a la anticoncepción estimado fue de 2,7 millones de abortos provocados, no seguros. Por cada tres meses de confinamiento se estimaron 2 millones más de mujeres con falta de acceso a los métodos anticonceptivos. Y luego de siete meses, 7 millones adicionales de embarazos no intencionales.⁽¹⁶⁾ Inevitablemente la falta de acceso a anticonceptivos ha sido una consecuencia de esta pandemia que se prolongará hasta su finalización. Por lo tanto, el impacto de COVID 19 sobre la anticoncepción fue negativo, sin lugar a dudas.

Impacto del COVID-19: derechos sexuales y reproductivos

Dentro de la emergencia de COVID-19, una de las preocupaciones fue garantizar el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva de la siguiente manera:⁽¹⁷⁾

- Simplificar los procedimientos para que la atención sea ágil, en un ambiente seguro, y reducir los tiempos de espera en el servicio de salud.
- El acceso a métodos anticonceptivos es una prestación básica del sistema de salud que es necesario garantizar aún en el contexto de la pandemia.
- El acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) es una prestación de emergencia en el contexto de la pandemia y es necesario garantizar con atención ambulatoria, preferentemente con medicamentos siempre que sea posible, y consejería a distancia si esto también fuera posible.
- Es necesario que haya un control claro y actualizado del stock de insumos disponible en depósito provincial y en los centros de salud (tanto de MAC como de ILE).

Asimismo, la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA) elaboró una serie de recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia COVID-19 (mayo 2020):⁽¹⁸⁾

- Los servicios de planificación familiar deben mantener el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres, adolescentes, niñas y toda persona con capacidad de gestar; y asegurar la provisión de métodos anticonceptivos.

- Con el objeto de disminuir la posibilidad de contagio, debe emplearse la estrategia del «acercamiento sin contacto»; esto significa que la *telemedicina* es la estrategia que debe priorizarse. En este sentido deberán utilizarse, siempre que sea posible, canales como la teleconsulta, SMS, WhatsApp, videollamadas o llamadas telefónicas. Dado que la pandemia muestra un escenario permanentemente cambiante y particular en cada lugar las recomendaciones deben ser específicas de cada país.
- Mujer sin diagnóstico ni sospecha de COVID-19 que desea iniciar un método hormonal combinado (ACO, parches o anillos vaginales), se mantienen los mismos requisitos de siempre.
- En el caso de uso de inyectables combinados, considerar rotar a ACO, anillos o parches, dado que la aplicación de inyecciones representa un potencial riesgo de exposición por ser un contacto estrecho con quien lo aplica.
- Es imprescindible evaluar a través de la anamnesis los clásicos antecedentes personales y familiares que pueden contraindicar el uso de anticoncepción hormonal combinada, poniendo especial énfasis en antecedentes de enfermedad tromboembólica (personal o familiar), migraña con aura, tabaquismo en mayores de 35 años o hipertensión.
- Los métodos de mayor eficacia anticonceptiva son los LARC. El uso de estos métodos requiere de al menos una consulta médica presencial para realizar el procedimiento de colocación. El procedimiento en sí mismo no implica, en principio, mayor riesgo de complicaciones en el contexto de la pandemia.
- Anticoncepción post-parto o post-aborto: en estos momentos, donde la pandemia obliga al aislamiento social y muchos de los servicios de planificación están totalmente o parcialmente

cerrados, debe promoverse la anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE).

En síntesis, el manejo desde el punto de vista práctico consistía en lo siguiente: en la mujer sana, mantener la anticoncepción hormonal combinada (AHC) sin ninguna modificación. Para una mujer con diagnóstico de sospecha o confirmado de COVID-19, se plantearon tres escenarios: una mujer con síntomas leves y sin factores de riesgo para trombosis: no había ninguna justificación para cambiar su anticoncepción. Ahora bien, si tenía sintomatología respiratoria o neumonía o factores de riesgo para ETEV y/o edad mayor de 35 años, preferentemente se recomendaba rotar a anticonceptivos de solo progestágenos (POP), como el desogestrel o la drospirenona. Pero si una mujer ingresaba a cuidados intensivos, estaba indicado el retiro de la anticoncepción hormonal combinada y eventualmente continuar con POP, o se espera que se recupere para reiniciar su anticoncepción (FIGURA 4).

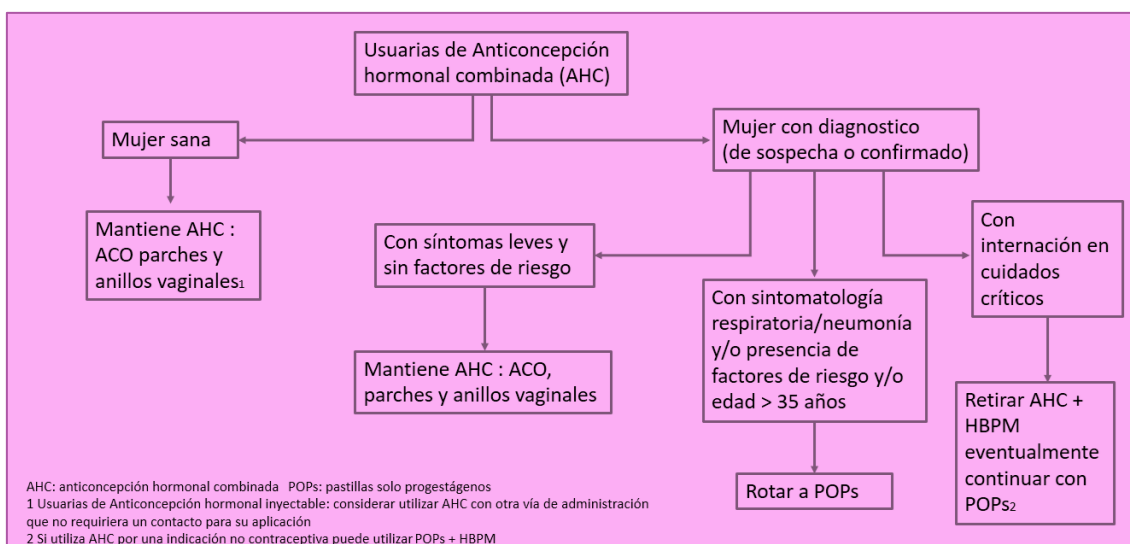


FIGURA 4. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

FUENTE: AMADa

En relación a las usuarias de los métodos LARC, la posición de AMAdA fue similar a los organismos internacionales: las usuarias de LARC, cuyo dispositivo se estaba venciendo en ese momento, si consultaban para retirarlo y colocar uno nuevo (porque deseaban mantener el mismo método) debían informarse de que:

- DIU-LNG de 52 mg (Mirena), puede mantenerse un año más (hasta seis años)
- Implante subdérmico, puede mantenerse un año más (hasta cuatro años)
- DIU con cobre (puede mantenerse un año más)
- Mujeres a quienes se insertó un DIU después de los 40 años no necesitan cambiarlo.
- DIU-LNG 13.5 mg (Blusiri), cumplidos los tres años de uso deben utilizar método de barrera o pastillas de solo gestágenos

La administración de anticoncepción de emergencia (AHE) no tenía ninguna contraindicación y puede indicarse en cualquier circunstancia. Se puede repetir todas las veces que sea necesario; aunque sea más de una vez en el mismo ciclo.

Según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, la AHE puede ser usada sin restricciones (categoría 1) o con beneficios que superan los riesgos (categoría 2).

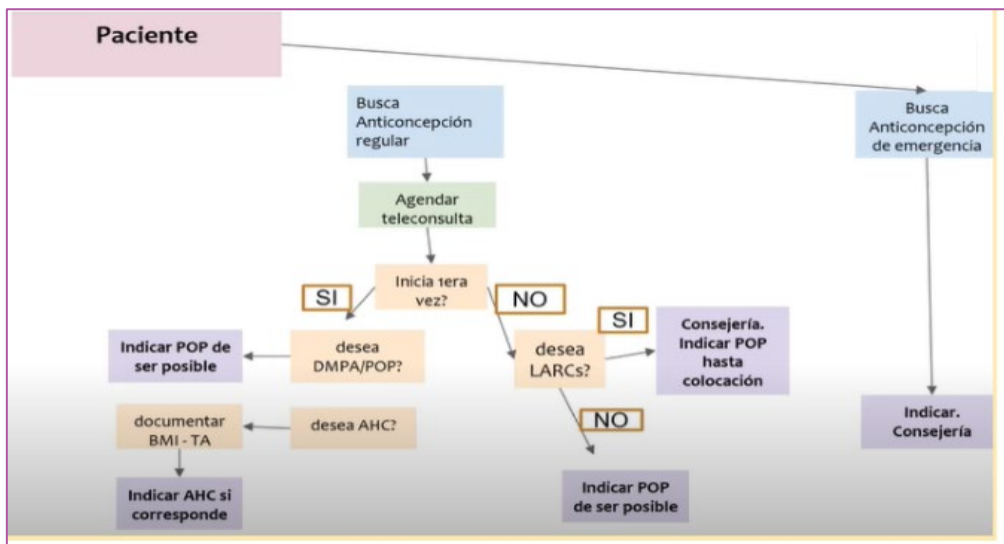


FIGURA 5. BÚSQUEDA DE ANTICONCEPCIÓN

En la práctica, frente a la paciente que buscaba anticoncepción regular, se sugería agendar teleconsulta, y en la primera entrevista, indicar de ser posible POP. Si deseaba AHC, documentar el índice de masa corporal (IMC)-TA, si esto no era posible, dado que estábamos en el contexto de una pandemia, si correspondía podíamos indicar la AHC. Si la paciente deseaba un LARC, se la citaba para colocar el dispositivo. En este caso hay que hacer la consejería, pero hasta que la viéramos nuevamente, se indicaba utilizar POP, hasta la colocación del LARC. Si la paciente buscaba anticoncepción de emergencia siempre puede acceder a ella (FIGURA 5).

De hecho, todas estas recomendaciones, que se utilizaron en la parte más aguda de la pandemia, son herramientas que siguen vigentes y que sirven para que las mujeres tengan acceso a los métodos anticonceptivos de forma ágil y sin demoras.

Anticoncepción hormonal y coronavirus: ¿qué hacer de acuerdo a las recomendaciones?⁽¹⁹⁾

Paciente asintomática

- Recomendamos la continuación sin modificaciones de la anticoncepción hormonal en adolescentes infectadas asintomáticas de manejo ambulatorio y sin factores de riesgo.

Paciente sintomática, con síntomas leves

- Continuar con AHC o cambiar a POP si hay algún otro factor de riesgo.

Paciente con sintomatología respiratoria y/o neumonía de control domiciliario

- Si precisa anticoncepción hormonal, cambiar por un POP.

Paciente sintomática con criterio de internación en cuidados críticos

- Se suspende la anticoncepción.

Algunos factores de riesgo que pueden presentarse durante la hospitalización por COVID-19 en pacientes sin antecedentes personales y potencialmente aumentar el riesgo de TEV: inmovilización prolongada durante la enfermedad, deshidratación, estado inflamatorio agudo, cateterización venosa central, ventilación mecánica y cirugías.

Otros antecedentes personales como enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, obesidad, antecedente de TEV, trombofilias son comorbilidades comunes en pacientes hospitalizados con COVID-19.

La paciente perimenopáusicas con COVID-19 confirmado y anticoncepción hormonal, ingresada al hospital, si el estado no es grave y precisa anticoncepción hormonal hay que cambiar por POP. En los casos graves siempre se suspende la anticoncepción hormonal combinada. En el caso de que no esté internada, con tratamiento ambulatorio, si es leve puede continuar o ante la duda o factor de riesgo cambiar a POP. Si tiene algún tipo de sintomatología respiratoria conviene la suspensión o cambiar a POP (FIGURA 6).

A modo de resumen, mujer con sintomatología respiratoria con sospecha COVID-19, aun en no confirmadas, se recomienda suspender la anticoncepción combinada oral o pasar a POP con desogestrel o drospirenona. Los LARC no deberían ser removidos y pueden ser colocados si fuera necesario.

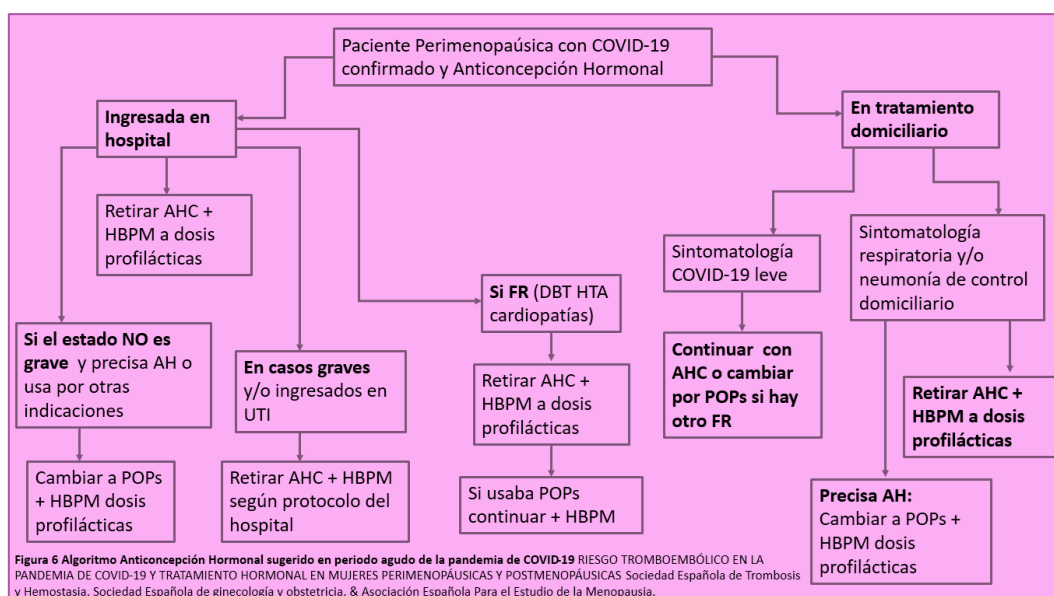


FIGURA 6. ALGORITMO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SUGERIDO EN PERÍODO AGUDO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Anticoncepción libre de estrógenos y su papel en la pandemia COVID-19

Durante el periodo más agudo de la pandemia, los POP adquirieron un lugar relevante en anticoncepción.

En la Argentina contamos en el mercado con el desogestrel y la drospirenona, dentro de las píldoras anticonceptivas.

Cuando hablamos de anticoncepción libre de estrógenos, pensamos en qué tan efectivos son y qué debería tener un anticonceptivo libre de estrógenos ideal. Las siguientes son algunas de las condiciones en las que pensamos:

Eficacia anticonceptiva

- Aun en BMI aumentado
- Fumadora
- Migraña con aura
- HTA

Control del ciclo favorable

Pocos efectos adversos

- *Spotting*
- Acné
- No aumento de peso

Debemos recordar que las píldoras anticonceptivas que sólo contienen progestágenos no se asocian a un aumento de riesgo de trombosis.⁽²⁰⁾ Otro

punto importante a tener en cuenta es la eficacia similar a la del anticonceptivo oral combinado.⁽²¹⁾

Los estudios epidemiológicos no muestran ningún riesgo significativo de enfermedad tromboembólica venosa o arterial. Los anticonceptivos con sólo progestágenos pueden usarse en mujeres que tienen contraindicación para los AHC (categoría 4) o donde no se recomienda su uso (categoría 3). Por lo tanto, según las recomendaciones, paciente con COVID-19 con anticoncepción oral combinada pasar a POP.

¿Qué cosas tener en cuenta para la indicación de un POP?

El examen mamario, el examen ginecológico, la detección del cáncer de cuello uterino, el análisis de laboratorio de rutina, análisis de hemoglobina, la evaluación de riesgo para ETS, la evaluación de ETS/HIV, son recomendaciones tipo C, las cuales no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz del método.⁽²²⁾ Lo único que sería aconsejable es la medición de la presión arterial antes de comenzar el método. Pero en situación de pandemia si hay que cambiar de método, no dudemos, cambiemos de un AHC a un POP, o si tenemos que indicarla de primera instancia lo hacemos desde la teleconsulta.

En el año 2020 se lanza en el mercado la drospirenona, que tiene una acción antigonadotrófica potente. Dentro de las acciones de la drospirenona, disminuye los niveles de LH, suprime el eje por su mecanismo antigonadotrópico, agregándose su mecanismo antiminerlocorticoide por bloqueo de receptores de aldosterona a nivel renal, y un mecanismo antiandrogénico por inhibición de la producción de andrógenos ováricos y unión a receptores de andrógenos en la piel.

En cuanto al control del ciclo con drospirenona es mejor que con el uso de desogestrel. El sangrado no programado disminuyó de 49,1 % en el ciclo 1 al 27,8 % en el ciclo 6 y 22,8 % en el ciclo 1. El número medio de días de sangrado no programados disminuyó de 1,9 en el ciclo 1 a 0,9 en ciclo 6 y 0,7 en el ciclo 13.⁽²³⁾

Tener en cuenta que este POP es el primero aprobado por la FDA en adolescentes. El régimen 24+4 reduce el sangrado irregular y mejora el sangrado en fecha. Posee un índice de Pearl de 0.7. Puede ser utilizado en aquellas mujeres con contraindicación a los estrógenos. No se ha observado ningún efecto tromboembólico en más de 20.000 ciclos estudiados. Posee un efecto positivo en pacientes hipertensas sin modificación de la tensión arterial en las mujeres normotensas. Sin efecto negativo en la masa ósea.

Cuáles son los conceptos a tener en cuenta

- Ser cautos a la hora de informar, específicamente el riesgo de trombosis y su relación con el anticonceptivo hormonal
- Consejería adecuada
- Evaluar los factores de riesgo de cada mujer ajustados a su necesidad
- Contener a las pacientes, la telemedicina en cualquiera de sus formas ayuda al contacto con la paciente
- Trabajo interdisciplinario para poder darle la mejor indicación a nuestra paciente
- Seguir las guías de recomendación

Conclusión

En Argentina la anticoncepción sigue siendo una necesidad insatisfecha: solo el 50 al 70 % de mujeres de entre 15 y 49 años utilizan algún método anticonceptivo. Esto provoca una elevada tasa de embarazo no intencional. Se estima que alrededor del 50 % de los embarazos son no intencionales, muchos de los cuales terminan en interrupción.

Por eso es importante simplificar los procedimientos para que la atención sea ágil, en un ambiente seguro y reducir los tiempos de espera en el servicio de salud, implementando estrategias de telemedicina. Garantizar tanto el acceso a los métodos anticonceptivos y a la IVE- ILE. Favorecer el acceso a los LARC, cuyo recambio está sujeto a los límites de tiempo establecidos.

Al estar frente a una enfermedad proinflamatoria y protrombótica, es prioritario no olvidar los factores de riesgo de tromboembolismo venoso en mujeres usuarias de anticonceptivos orales, para así seguir las guías de recomendaciones ya instauradas.

Inevitablemente la falta de acceso a anticonceptivos ha sido una consecuencia de esta pandemia. Nuestro propósito es tratar de que esta emergencia por COVID-19 no se transforme en una emergencia por embarazos no intencionales.

Bibliografía

- (1) UNITED NATIONS. Trends in Contraceptive Use Worldwide, 2015. <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_report_2015_trends_contraceptive_use.pdf>

- (2) SULLY EA, BIDDLECOM A, DARROCH JE, RILEY T, ASHFORD LS, LINCE-DEROCHÉ N, FIRESTEIN L, MURRO R. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019, New York: Guttmacher Institute; 2020.
- (3) DANIELS K, ABMA JC. Current contraceptive status among women aged 15-49: United States, 2015-2017. NCHS Data Brief, no 327. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2018.
- (4) DANIELS K, ABMA JC. Current contraceptive status among women aged 15-49: United States, 2015-2017 [Figure 3]. NCHS Data Brief, no 327. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2018.
- (5) MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), 2013. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf>
- (6) MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), 2013. [Tabla13] <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf>
- (7) MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), 2013. [Gráfico3] <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf>
- (8) LEFTWICH H, VINICIUS ORTEGA M. Adolescent Pregnancy. Pediatric Clinics of North America, Elsevier; 2016.
- (9) CIARMATORI S, BELARDO A, BOZZA L, CESARATO L, PAGLIANO G, BIGOZZI M, SALORT F, PILNIK S, CARDENAS C, DE COS J, TUTZER M, GOGORZA S. Epidemiología del Aborto Provocado. Servicio de Ginecología, Endocrinología Ginecológica. Hospital Italiano de Buenos Aires. 1º Premio Congreso FASGO Tucumán, 2012.
- (10) CERESSETTO JM. Fisiología de la hemostasia. Introducción general. *Hematología*. 2017;21(Extraordinario:4-6):1-3.
- (11) UNCOS D. Sistema de la coagulación: nuevos conceptos. *Revista Argentina de Anestesiología*. 2006;64(1):37-55.
- (12) GAUNA ME, BERNAVA JL. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas ante la Respuesta Inmune Trombótica Asociada a COVID-19 (RITAC). *CorSalud*. 2020;12(1).
- (13) GUENDOUC C, QUENARDELLE V, RIOU-COMTE N, WELFRINGER P, WOLFF V, ZUILY S, JAGER L, HUMBERTJEAN SELTON L, MIONE G, POP R, GORY B, RICHARD S. Pathogeny of cerebral venous thrombosis in SARS-Cov-2 infection: Case reports. *Medicine*. 2021;100(10):e24708. <<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024708>>

- (14) SELEK A, GÜÇLÜ M, BOLU ŞE. COVID-19 pandemic: what about the gonads? *Hormones*. 2021;20(2):259–268. <<https://doi.org/10.1007/s42000-021-00277-3>>
- (15) THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Gynecologic Practice. 2012;112(5).
- (16) JOFFE AR. COVID-19: Rethinking the Lockdown Groupthink. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:625778. <<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.625778>>
- (17) Lineamientos para garantizar acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia. *Periódico Plan Enia*. 2020:1-4.
- (18) CIARMATORI S, LÓPEZ KAUFMAN C, BONSERGENT S, PRADIER S. Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia COVID-19. Comité de Opinión AMAdA, 2020.
- (19) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TROMBOSIS Y HEMOSTASIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA. Riesgo tromboembólico en la pandemia de COVID-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas. Documento, 2020.
- (20) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición; 2020.
- (21) FACULTY OF SEXUAL & REPRODUCTIVE HEALTHCARE (FSRH). UK medical eligibility criteria for contraceptive use; 2019.
- (22) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición; 2018.
- (23) ARCHER DF, AHRENDT HJ, DROUIN D. Drospirenone-only oral contraceptive: results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability. *Contraception*. 2015;92(5):439-444. <<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.07.014>>

