

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

DR. EDUARDO WILDE

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

GUÍA DE MANEJO Y RECOMENDACIONES DE ANTICONCEPCIÓN, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO Y PATOLOGÍA ONCOLÓGICA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

MED. DÍAZ PABLO JAVIER
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y MASTOLOGÍA
ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

La presente guía de manejo y recomendaciones es el resultado de una revisión sistemática y actualizada de la evidencia que se tiene hasta la fecha respecto de la asistencia de las pacientes, en relación a la Anticoncepción, Infecciones de Transmisión Sexual, Interrupción Legal del Embarazo y Patología Oncológica en el marco de la Pandemia por COVID-19 y su propuesta de aplicación en el ámbito del HZGA Dr. Eduardo Wilde.

PREMISAS GENERALES

- 1) Se consideran motivos no diferibles de consulta las siguientes situaciones del proceso salud-enfermedad-atención:
 - La Anticoncepción (de Emergencia y de NO Emergencia)
 - Los síntomas de sospecha de infecciones de transmisión sexual
 - La Interrupción Legal del Embarazo
 - Las Patologías Oncológicas

- 2) Con el objeto de disminuir la posibilidad de contagio, debe emplearse la estrategia del acercamiento social con distanciamiento físico, por lo que se recomienda establecer una consulta a distancia (telefónica o video llamada) con las usuarias que permita conocer los síntomas o situación particular de salud. Para ello se ha de tener en cuenta que se debe llevar un estricto registro de dichas consultas (en fichas o historia clínica) en donde quede asentado lo siguiente:
 - Datos de la paciente (Apellido, Nombres, DNI y número de Historia Clínica).

- Fecha y hora de la consulta.
- Que la consulta a distancia es de carácter ORIENTATIVO y NO DIAGNÓSTICO.
- Lo referente a la consulta en sí misma.
- Pautas de alarma acorde a la situación.
- Eventual programación de cita presencial, con fecha y hora precisas.

Ante la necesidad de concertar una cita para la exploración, evaluación y tratamiento, la misma se programará según los protocolos establecidos por la institución, recordando a la paciente asistir con tapabocas y antiparras y/o mascara.

- 3) Tanto en la consulta a distancia como presencial se hará el rastreo de posibles síntomas de infección por COVID 19. Idealmente, se debe realizar el contacto el día anterior para confirmar la asistencia de la paciente y realizarle preguntas sobre su estado de salud, para saber si tiene síntomas compatibles con el COVID 19. Si la mujer presenta algún síntoma compatible con el COVID 19 durante la consulta a distancia o presencial, se redirecciona el eventual procedimiento o consulta y se le indica el circuito de atención correspondiente.
- 4) Dado que la pandemia muestra un escenario dinámico desde lo biológico, lo epidemiológico y lo social según región geográfica y administrativa, es que estas recomendaciones y manejos pueden sufrir cambios en relación al dinamismo citado.

ANTICONCEPCIÓN

En el contexto de la pandemia por COVID 19 la mayoría de los países han optado por el confinamiento domiciliario, lo que conlleva a que las parejas pasen más tiempo juntas con la probabilidad de mayor actividad sexual y mayor probabilidad de embarazos no planificados, muchos de los cuales terminarán en abortos inseguros o complicaciones graves del embarazo, con aumento de la mortalidad materna e infantil.

La atención de la salud sexual y reproductiva en mujeres y niñas adolescentes es considerada un servicio esencial, motivo por el cual, debe garantizarse aún en tiempos de pandemia. El acceso a los métodos anticonceptivos mantiene la autonomía de las mujeres, reduce los embarazos no intencionados y en definitiva, impacta favorablemente tanto en las mujeres como en la vida, la salud y el bienestar familiar, particularmente en tiempos de estrés y dificultades.

Como regla general se ponderará la consulta a distancia para el asesoramiento, orientación y consejería. Ante la necesidad de una cita la misma será lo más

breve posible, y en caso de presencialidad para retiro de orden médica o comprimidos, se tenderá a tener los mismos ya preparados con antelación a fin de disminuir el tiempo de circulación de la paciente en el ámbito hospitalario.

1) Usuarías de Anticoncepción Hormonal Combinada (estrógenos y progestágenos) sana, sin diagnóstico de COVID

Debe mantenerse la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados en cualquiera de sus formulaciones: anticonceptivos combinados orales (ACO), gestágenos orales, parches y anillos vaginales, si la mujer ya los venía utilizando.

En el caso de uso de anticoncepción inyectables combinados (ACI) considerar **rotar a otro método**, dado que la aplicación de inyecciones representa un potencial riesgo de exposición por ser un contacto estrecho con quienes lo indican, lo dispensan y lo aplican.

2) Mujer sana que desea iniciar Anticoncepción Hormonal

Para la mujer sin diagnóstico ni sospecha de infección por COVID-19 se mantienen los requisitos habituales marcados por la OMS respecto de anticoncepción. En cuanto al uso de inyectables combinados caben las mismas recomendaciones explicadas previamente. El asesoramiento se realiza por **consulta a distancia**. 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 e hipertensión.

A pesar de ello, en el contexto de la pandemia, se debe **sugerir a las mujeres utilizar en primera instancia pastillas con gestágenos solos.**

3) Dispositivos reversibles de larga duración (SIU, DIU, IMPLANTE) - LARCs

Inicio del uso de estos métodos requiere de al menos una consulta médica presencial para realizar el procedimiento de la colocación. El procedimiento en sí mismo no implica, en principio, mayor riesgo de complicaciones en el contexto de la pandemia. La decisión de avanzar con el procedimiento de la colocación dependerá de cómo se encuentre el sistema de salud frente al curso de la pandemia, dado que la colocación es un procedimiento que implica una situación de contacto estrecho y eventuales controles seriados posteriores.

Antes de la colocación se debe realizar una consulta de asesoramiento (con modalidad a distancia); en ella se evaluará la posibilidad de utilizar otras opciones anticonceptivas no invasivas. Dado el contacto con secreciones y/o

sangre durante el procedimiento es importante que el profesional utilice un equipo de protección personal que mínimamente incluya guardapolvo – chaqueta o ambo, barbijo triple capa, protección ocular (antiparras, anteojos y/o máscara) y guantes.

Las usuarias de LARCs, cuyo dispositivo está con vencimiento próximo debe informarse que:

- El SIU de Levonorgestrel 52mg (Mirena®), puede mantenerse un año más (hasta 6 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva.
- El implante subdérmico de Etonorgestrel 68 mg (Implanon®) puede mantenerse un año más (hasta 4 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva.
- El DIU de cobre en pacientes menores de 40 años puede mantenerse un año más.
- Mujeres a quienes se insertó un DIU después de los 40 años no necesitan cambiarlo.

En caso de que los LARCs se encuentren ya vencidos (SIU más allá de los 6 años, implante subdérmico más allá de los 4 años, DIU en menores de 40 años más allá de 6 u 11 años según tipo) **se puede posponer su extracción e iniciar con un nuevo método no invasivo, siempre siendo la primera opción el ACO de tipo Gestágeno solo.**

Si la usuaria desea retirar el LARC porque está disconforme con el método, debe realizar previamente una consulta remota por cualquiera de los canales, para conversar los pros y contras de retirarlo y definir previamente con qué método va a continuar. Si finalmente persiste la decisión de retirarlo, (especialmente en los casos de estar experimentando efectos adversos o frente a la sospecha de infección), se deriva a consulta presencial con el equipo de planificación familiar.

Si la usuaria desea retirarlo para buscar embarazo, es importante conversar acerca de lo que se sabe y de lo que no se sabe actualmente sobre los riesgos de un embarazo en el contexto de la pandemia. Es importante que la mujer reflexione que en caso de quedar embarazada deberá concurrir a los controles prenatales, lo cual implica una mayor probabilidad de exposición; y que es posible durante el curso de la pandemia que existan restricciones en el acceso a los servicios de salud ante eventuales complicaciones. En caso de decidir interrumpir el LARC se deriva a consulta presencial con el equipo de planificación familiar para la extracción.

Sin perjuicio de lo antes desarrollado, se **recomienda fuertemente NO iniciar tratamientos con LARCs, preponderando los ACO de tipo solo Gestágenos.**

4) **Ligadura Tubaria – Anticoncepción Quirúrgica**

En cuanto a la relación riesgo-beneficio, **se desaconseja** fuertemente realizar este tipo de procedimiento durante la pandemia por COVID 19, postergando la intervención para el momento que los beneficios superen a los riesgos, utilizando otro método, preferentemente comprimidos de Gestágenos solo.

Se podrá tener en cuenta en el contexto de un procedimiento quirúrgico abdomino-pélvico realizado por cuestiones obstétricas o quirúrgicas impostergables, siempre y cuando la ligadura no implique una extensión de tiempo quirúrgico o riesgo mayor al beneficio total.

5) **Anticoncepción de Emergencia en pacientes sanas, con sospecha o certificación de COVID 19**

La administración de anticoncepción de emergencia **puede hacerse en cualquier circunstancia**, ya que no existen contraindicaciones para la misma. Se puede repetir todas las veces que sea necesario; aunque sea más de una vez en el mismo ciclo.

6) **Anticoncepción en pacientes con sospecha o confirmación de COVID 19**

Conceptos de encuadre:

- Como ginecólogos, nos ocupa el riesgo que tiene la mujer consumidora de **anticonceptivos orales combinados** cuando se infecta con COVID 19.
- Todos los anticonceptivos orales combinados investigados se asociaron con **un mayor riesgo de trombosis venosa.**
- Entre las usuarias de anticonceptivos orales combinados hay un ligero aumento de riesgo (8-10 casos por cada 10mil usuarias / año).
- El riesgo de trombosis es mayor de acuerdo al tipo del progestágeno (teniendo como base 30mcg de etinilestradiol). Comparadas contra levonorgestrel, la más trombogénica es la ciproterona, seguida de desogestrel, gestodeno y drospirenona. Los que **no tuvieron un incremento de riesgo fueron norgestimato y dienogest.**
- Los preparados **con valerato de estradiol secuenciales con dienogest no muestran un incremento en el riesgo** dada su potencia trombogénica menor vs etinilestradiol /LNG u otros progestágenos.
- Los efectos procoagulantes de los anticonceptivos se reducen significativamente de 4 a 6 semanas de haberlos suspendido, con esto se debe considerar de alto riesgo trombótico a mujeres que hayan suspendido los anticonceptivos en las 6 semanas previas.
- La probabilidad de un evento de trombosis es mayor en el parto y puerperio que entre las usuarias de anticonceptivos orales combinados y combinados de depósito por lo que el embarazo representa mayor riesgo por sí mismo.

- El cuadro clínico de gravedad por COVID-19 incluye un incrementado riesgo de trombosis, esto se ve de manifiesto en elastografías y cuantificación de dímeros D significativamente elevados en estos pacientes, también se observa trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada (CID), los reportes indican peor pronóstico en los pacientes que presentan este fenómeno, la probabilidad de padecer trombosis venosa en cuadro clínico grave en unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID 19 es de hasta 69% de los pacientes en reportes de series cortas, otras guías comentan que hasta 20% de los enfermos de COVID 19 presentan anomalías en la coagulación, esto se ve exacerbado por la inmovilidad en pacientes intubados.

a) INTERNADA EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

Retirar la anticoncepción hormonal combinada. Estas mujeres adicionalmente recibirán anticoagulación profiláctica. Administrar anticoncepción de emergencia si hubieran mantenido relaciones sexuales en las 48 hs previas sin método de barrera adicional.

b) INTERNADA EN SALA GENERAL O AISLAMIENTO DOMICILIARIO, CON Y SIN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

En el caso de mujeres que sean internadas en sala general o permanezcan en aislamiento domiciliario y presenten sintomatología respiratoria o neumonía, o factores de riesgo trombótico arterial o venoso se sugiere **rotar a anticoncepción con pastillas de solo gestágeno.** Es decir, si una paciente tiene un cuadro con síntomas leves, pero presenta asociado algún factor de riesgo como obesidad, tabaquismo, inmovilización, edad ≥ 35 años, diabetes, hipertensión o presencia de comorbilidades específicas con riesgo trombótico es recomendable rotar la anticoncepción hormonal combinada.

La anticoncepción libre de estrógenos no presenta riesgo trombótico. La rotación del anticonceptivo combinado al gestágeno solo puede hacerse directamente, el único requisito es dar un adecuado asesoramiento que incluya la información sobre los posibles cambios en el patrón menstrual y la necesidad de utilizar métodos de barrera durante la primera semana de uso. El implante subdérmico y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU LNG) son también métodos de gestágeno solo; pero su colocación se deberá diferir para después del alta de la usuaria, si así lo deseara.

Las mujeres con cuadros leves, sin factores de riesgo asociados, pueden mantener la anticoncepción hormonal combinada, aun con diagnóstico de COVID19 o en los casos en que se haya retirado o cambiado la anticoncepción combinada, la paciente podrá volver a usarla una vez curada y recuperada la movilidad habitual.

Factor de Riesgo para TEV	Factor de Riesgo para Trombosis Arterial
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor de 35 años ▪ Sobrepeso – Obesidad ▪ Trombofilia ▪ Familiar de primer grado con antecedente de TEV antes de los 50 años ▪ Factores desencadenantes (yeso, viaje en avión, cáncer, inmovilización, cirugía mayor) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor de 35 años ▪ Sobrepeso – Obesidad ▪ Tabaquismo ▪ Antecedente familiar de AIM o ACV en menores de 60 años ▪ HTA o DBT ▪ Dislipemia ▪ Migraña con aura

7) Anticoncepción post-evento obstétrico (parto o aborto)

Se debe promover la **anticoncepción inmediata**, que consiste en que la mujer se vaya de alta después del evento obstétrico con el método anticonceptivo, especialmente un **LARCs o Gestágeno solo**. Esta estrategia se convierte en una oportunidad única para brindar asesoramiento y proveer a las mujeres el MAC, en el marco de una atención médica integral. Esta es una manera de asegurarse el uso del MAC y disminuye la necesidad de regresar al sistema de salud. Para hacer un uso óptimo de esta estrategia es clave iniciar el asesoramiento durante la atención perinatal.

8) Métodos de Barrera

Independientemente del método que ya haya indicado y consensuado con la paciente, los métodos anticonceptivos de barrera (como preservativo de la mujer o el hombre y campo de látex) **deben ser fuertemente recomendados y brindados en el contexto del doble método de protección**, dado que son los únicos métodos de protección contra las infecciones de transmisión sexual.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Al igual que en el apartado de "Anticoncepción" la **consulta a distancia** será la herramienta inicial para la anamnesis, asesoramiento, orientación y consejería. En función de lo recolectado en ella se concertará una **cita presencial optimizando los tiempos** y recursos, gestionando con antelación los insumos, recetas, fármacos y/o procedimientos necesarios.

Así mismo, la **profilaxis post-exposición** no ocupacional para VIH y otros agentes infecciosos relacionados se considera una urgencia, por lo cual su atención **jamás podrá ser postergada** y se arbitrarán los medios para realizar la consulta y tratamiento con celeridad.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Según marca la normativa, los servicios de salud deben garantizar las prácticas de la ILE. En el contexto de la pandemia COVID 19 la ILE **no presenta cambios ni restricciones**, por lo que sus indicaciones y marco legal se mantienen vigentes. A continuación se transcribe lo referente del protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo - Actualización 2019 -

En el fallo "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva", de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), en su carácter de último intérprete de todo el sistema normativo del país, estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 del Código Penal "[...] no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible" (CSJN, 2012: considerando 21). De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a acceder a una interrupción legal del embarazo que cursa, según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- *El embarazo representa un peligro para la vida de la persona gestante;*
- *El embarazo representa un peligro para la salud de la persona gestante;*
- *El embarazo proviene de una violación (se trate o no de una persona con discapacidad intelectual o psicosocial).*

*El ejercicio de la opción a ILE en dichas circunstancias se encuadra en el derecho a la autonomía personal. Asimismo otros derechos que enmarcan el ejercicio de esta opción son los derechos a la intimidad, confidencialidad, privacidad, la salud, la vida, la educación y la información tanto como a los principios de igualdad y no discriminación. Asimismo, tal como lo establece el Código Penal explícitamente es necesario el consentimiento de la persona embarazada. Este marco general del derecho a la interrupción del embarazo fue reforzado en la sentencia de la CSJN. En ella se definió que en las circunstancias arriba enumeradas es siempre el Estado, como garante del derecho a la salud de la población argentina, el que tiene la **obligación "de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada.** Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama" (CSJN, 2012: considerando 25).*

Un/a profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica de la ILE, siempre y cuando no se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio (CSJN, 2012, considerando 29).

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

En sintonía con la metodología hasta aquí descrita, la **consulta a distancia** será la herramienta inicial para la anamnesis, asesoramiento, orientación y consejería y le eventual **cita presencial será optimizando los tiempos y recursos.**

En caso de cita presencial será condición esencial **limitar el número de profesionales** que asistan en simultáneo a la paciente, al igual que los eventuales **acompañantes, que serán uno por paciente,** solo si es estrictamente necesario.

1) **Pesquisa Oncológica**

Solo se evaluará presencialmente a las pacientes **donde haya un índice más alto de sospecha de cáncer.** Se debe excluir de la consulta inmediata a pacientes con un índice bajo de sospecha de cáncer.

En el caso de las pacientes de **edad avanzada** se debe considerar si deben ser vistas en consulta presencial de forma excepcional y considerando caso por caso. Los pacientes de mayor edad, especialmente con enfermedades concomitantes, corren mayor riesgo de muerte frente al coronavirus que ante una patología oncológica y **deben ser vistos una vez que la situación sanitaria no represente un riesgo para su estado de salud.**

2) **Pacientes con Diagnóstico Oncológico Confirmado**

Como premisa inicial se sostiene que se deben evaluar todos los casos y situaciones dependiendo de los recursos y restricciones que presentan las pacientes, los profesionales y la institución.

Se sugiere que los tratamientos oncológicos convencionales que han demostrado ser efectivos se realicen considerando:

- La disponibilidad de quirófano.
- Las camas disponibles en internación (de cuidados mínimos y terapia intensiva).
- Los insumos necesarios (principalmente la disponibilidad de sangre para eventual transfusión).
- Los medios suficientes que aseguren la atención sin arriesgar a la paciente ni al equipo de salud al contagio de COVID 19.

Se debe analizar cada caso dentro de reuniones y/o ateneos multidisciplinares a distancia y se documentará en la historia clínica la indicación tomada con sus fundamentos, considerando si hay cambios de las mismas en función de la pandemia por COVID 19.

A continuación se plantean los escenarios generales.

a- CASOS EN LOS CUALES SE DIFERIRÁ LA CIRUGÍA

- En lesiones proliferativas no invasivas e in situ, se postpondrá entre 3 a 5 meses (en relación con la situación epidemiológica)
- En carcinomas invasores con evaluación multidisciplinaria y existencia de quimioterapia neoadyuvante
- En pacientes que finalizaron la neoadyuvancia con respuestas mayores o completas, se podrá diferir entre 4 y 8 semanas, priorizando a estas pacientes en las listas quirúrgicas.
- Procedimientos Oncoplásticos (salvo situaciones excepcionales de necesidad para reparar defectos de resección)
- **Pacientes con cáncer con infección por COVID-19 probable o confirmada.** En esta situación especial salvo excepciones el tratamiento quirúrgico debe ser postergado en cualquier estadio, la consideración de la necesidad de intervención debe ser especialmente rigurosa y deberá incluir en el balance el grado de afectación clínica por la infección

b- CASOS EN LOS CUALES NO SE DIFERIRÁ LA CIRUGÍA

- **Progresión intra-quimioterapia.**
- **Tumores de rápido crecimiento.**
- **Recidivas con indicación quirúrgica.**

c- GENERALIDADES POR ÓRGANO AFECTADO

Órgano	En todos los casos el diagnóstico no se diferirá
Cuello Uterino	L-SIL: control en 6 a 12 meses H-SIL: control en 3 meses Estadios tempranos: considerar cirugía Estadios avanzados: considerar terapia radiante hipofraccionada
Endometrio	Grado 1: considerar hormonoterapia (oral o endoceptiva) Grado 2-3: evaluar cirugía en relación a riesgo de infección o confirmación de la misma por COVID 19 Estadio avanzado: tratamiento sistémico
Ovario	Estadio inicial: evaluar con estudios de imágenes y serológicos, para inducir estadificación y considerar cirugía vs. tratamiento sistémico Estadio avanzado: tratamiento sistémico, extender por 6 ciclos
Mama	Considerar fuertemente la colocación de clip metálico y neadyuvancia

d- Ante el evento quirúrgico

- Se confeccionan **consentimientos informados especiales** incluyendo los riesgos agregados que pueda traer una posible infección por COVID 19.
- Se tratará de realizar la mayor cantidad de cirugías con internación **ambulatoria**.
- Considerar las recomendaciones del área de quirófano e internación.

e- Seguimiento de la paciente con cáncer

- Se sugiere realizar consulta a distancia para orientación.
- Ante la necesidad de programar visitas, las mismas serán lo más espaciadas y cortas posibles.
- Es imperativo que durante este tiempo de crisis, se entienda que las mujeres diagnosticadas con cánceres ginecológicos deban ser atendidas de manera integral (ya sea en su modalidad a distancia o presencial). Es así que **las necesidades relacionadas con la calidad de vida, las metas de finalización de la vida, la planificación anticipada de la atención, el dolor y el manejo de los síntomas y el apoyo de los cuidadores sigue siendo una prioridad del equipo de salud**. El compromiso familiar es de suma importancia para los pacientes que requieren cuidados de apoyo y/o paliativos. Con este fin, se alienta a implementar estrategias para educar a la familia sobre cómo proporcionar la mayoría o todos los servicios relacionados con el control de síntomas y manejo de las necesidades físicas de la paciente mientras está en casa.

