

Comité de opinión AMAdA. Mayo 2020

Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19

Autores: Dras. Silvia Ciarmatori, Carlota López Kaufman, Silvia Bonsergent, Silvina Pradier.

La pandemia por COVID-19 constituye una amenaza sin precedentes que ha obligado a preparar y enfocar toda la atención médica en los pacientes afectados por el virus. Sin embargo, la atención de la salud sexual y reproductiva es considerada un servicio esencial, motivo por el cual, debe garantizarse aún en tiempos de pandemia^{1,2,3}. El acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) 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^{4, 5}. Al contrario, la discontinuación de este servicio se traduce en un aumento de los embarazos no planificados, muchos de los cuales terminarán en abortos inseguros o complicaciones graves del embarazo, con aumento de la mortalidad materna e infantil⁶. Las sociedades internacionales que se ocupan de la atención de la mujer han publicado sus recomendaciones^{3, 7, 8, 9, 10, 11}. Más allá de algunas diferencias específicas, todas coinciden en que:

- 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 deberán ser específicas de cada país.

Las recomendaciones que detallamos a continuación, sobre cómo deben manejarse los motivos de consulta más frecuentes en relación a la anticoncepción, pueden llegar a cambiar en las próximas semanas, conforme vaya evolucionando la pandemia. Incluso puede haber adaptaciones de estas recomendaciones en los diferentes puntos de nuestro país, que permitan ajustar las mismas a la realidad local.

En el contexto de la pandemia, se deben hacer algunas consideraciones en situaciones específicas que describiremos a continuación:

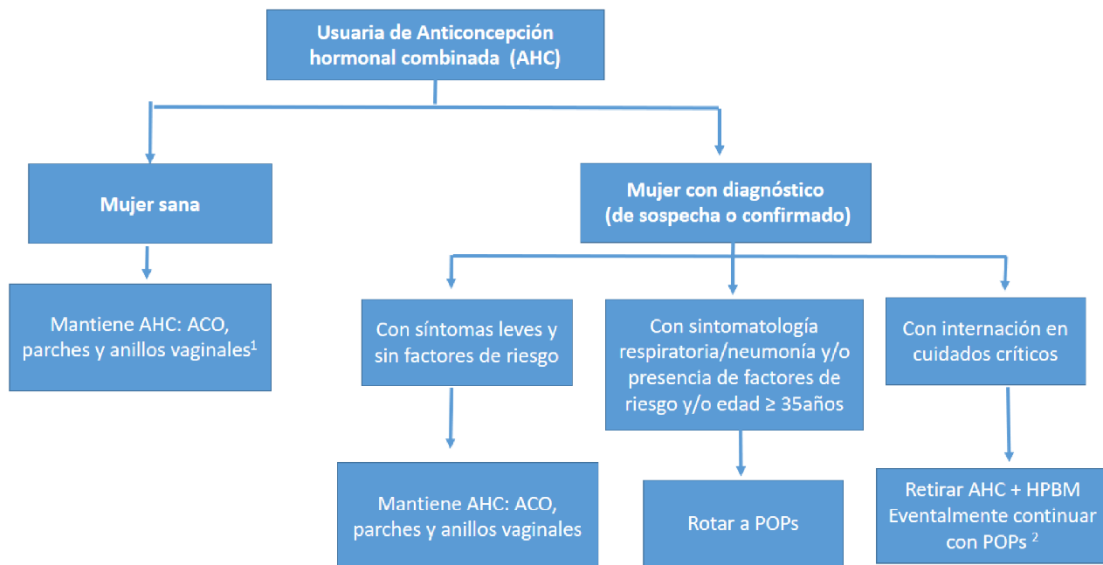
- Usuarías de Anticoncepción hormonal combinada sana, sin diagnóstico de COVID
- Usuarías de Anticoncepción hormonal combinada con diagnóstico de sospecha o confirmado de COVID 19:
 - Internada en unidad de cuidados críticos
 - Internada en sala general o aislamiento domiciliario, con y sin factores de riesgo asociados
- Mujer que desea iniciar anticoncepción hormonal combinada
- Administración de anticoncepción de emergencia
- Mujer que desea iniciar el uso de un LARC (anticonceptivos reversibles de acción prolongada): DIU, implante subdérmico y DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)
- Usuaria de LARC, cuyo método anticonceptivo vence durante la pandemia
- Usuaria que desea suspender su MAC para buscar embarazo
- Anticoncepción post parto /post aborto

¿Qué hacer en estos casos?

- **Debe mantenerse la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados en cualquiera de sus formulaciones: pastillas (ACO, anticonceptivos combinados orales), parches y anillos vaginales**, si la mujer ya los venía utilizando^{12 13}. **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. Los centros de salud deben intentar garantizar la entrega de la mayor cantidad de unidades posibles (3 o más unidades), para disminuir el acercamiento de la usuaria al sistema de salud
- En relación al riesgo de trombosis, en **mujeres con diagnóstico de COVID 19** (confirmado o de sospecha) se sugiere, de manera preventiva:
 - Retirar la anticoncepción hormonal combinada en pacientes que requieran internación en cuidados críticos¹⁴. 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.
 - En el caso de mujeres que sean internadas en sala general o permanezcan en aislamiento domiciliario, se sugiere rotar a anticoncepción con pastillas de solo gestágeno (progestogen only pills, POPs), si presentan sintomatología respiratoria severa o neumonía, o factores de riesgo trombótico arterial o venoso¹³. 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 (ACO, parches, anillos e inyectables combinados) a POPs (preferentemente desogestrel o drospirenona). La anticoncepción libre de estrógenos no presenta riesgo trombótico. La rotación del anticonceptivo combinado al gestágeno solo puede hacerse directamente: la usuaria tomará la primera POP al día siguiente de su última píldora combinada y continuará con las mismas sin interrupción. 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 (DIU-LNG) son también métodos de gestágeno solo; pero su colocación se deberá diferir para después del alta de la usuaria, si así lo deseara.

Factores de riesgo para tromboembolismo venoso (TEV)	Factores de riesgo para trombosis arterial
<ul style="list-style-type: none">- Edad >35 años- Sobrepeso, obesidad- Trombofilia- Familiar de primer grado con antecedente TEV antes de los 50 años- Factores desencadenantes transitorios: yeso, viaje en avión, inmovilización, cáncer, cirugía mayor	<ul style="list-style-type: none">- Edad >35 años- Sobrepeso, obesidad- Tabaquismo- Antecedente familiar de IAM o ACV en < 60 años (hombres) o < 65 años (mujeres)- HTA- Dislipidemia- Migraña con aura- Diabetes

- Las mujeres con cuadros leves, sin factores de riesgo asociados, pueden mantener la anticoncepción hormonal combinada, aun con diagnóstico de COVID19
- 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.



AHC: Anticoncepción hormonal combinada .POPs: progestin only pills (pastillas con solo gestágeno)
 HBPM: heparina de bajo peso molecular
 1 Usuarías de Anticoncepción hormonal inyectable: considera utilizar AHC con otra vía de administración que no requiera un contacto estrecho para su aplicación.
 2 Si utiliza la AHC por una indicación no contraceptiva (ej. manejo del sangrado menstrual abundante) puede utilizar POPs + HBPM.

- Para la 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 cuanto al uso de inyectables combinados caben las mismas recomendaciones explicadas previamente. El asesoramiento se realiza por telemedicina⁹. 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. Es importante tener en cuenta que otros factores de riesgo, como por ejemplo, obesidad, diabetes controlada de menos de 20 años de evolución y sin angiopatía o síndrome metabólico, no contraindican por sí solos el uso anticoncepción hormonal combinada, pero la combinación de más de dos de estos factores, sí contraindican su uso
 - En caso de que no se pueda evaluar la tensión arterial, considerar la probabilidad que esa mujer tenga hipertensión en base a los antecedentes. La mayoría de las mujeres en edad reproductiva tienen TA dentro de límites normales.
 - Así y todo, en el contexto de la pandemia, se debe sugerir a las mujeres utilizar en primera instancia pastillas con gestágenos solos^{9, 15}. Todas las mujeres que pueden utilizar ACO pueden usar también POPs; incluso mujeres con HTA o que presenten algún factor de riesgo para el uso de estrógenos. Las únicas consideraciones a tener en cuenta para el uso de POPs es evaluar si hay problemas en la absorción, uso simultáneo de drogas inductoras enzimáticas o problemas con la adherencia para un uso correcto, especialmente por la posibilidad que presenten sangrados y manchados irregulares^{9, 11, 12}
- 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^{9, 11, 12}
- Recordar que los métodos de mayor eficacia anticonceptiva son los LARCs: implante subdérmico, DIU y DIU LNG. El 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 en

cada lugar el sistema de salud frente al curso de la pandemia, dado que la colocación de un procedimiento implica una situación de contacto estrecho¹⁰. En este punto es importante hacer una aclaración: como se comentó al inicio, la pandemia por COVID 19 presenta un escenario dinámico, en constante cambio. Por lo tanto, las recomendaciones de esta sociedad se circunscriben al escenario actual, en el que la pandemia está controlada y el sistema de salud no está colapsado. Las recomendaciones pueden cambiar, conforme vaya evolucionando el curso de la pandemia en nuestro país y deberán ajustarse a los escenarios locales. En el momento actual, en el que la pandemia se encuentra controlada, se puede ofrecer la colocación de un LARC siempre y cuando se cumplan los siguientes pasos, medidas y requerimientos:

- i. Antes de la colocación: debe realizarse la consulta de asesoramiento previo siempre que sea posible de manera digital, por cualquiera de los canales. Deberá informarse las características del método, ventajas y desventajas; evaluar la posibilidad de utilizar otras opciones anticonceptivas, y rastreo de posibles síntomas de infección por COVID 19. Idealmente, contactarse 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. Recordar a la paciente la obligación de asistir a la consulta con tapabocas
 - ii. Los turnos deberán agendarse con duración no menor a 30 minutos para evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera
 - iii. Al ingreso al centro de salud o al consultorio: se debe realizar nuevamente un “triage” o cuestionario breve con preguntas para identificar los posibles casos de COVID-19. (Si la mujer presenta algún síntoma compatible con el COVID19, se suspende el procedimiento y se le indica el circuito de atención correspondiente). En la sala de espera: indicar el distanciamiento. Exigir el uso del tapabocas. Ofrecer alcohol en gel para limpieza de manos.
 - iv. En la consulta: los procedimientos de colocación de un LARC deberán realizarse respetando los requisitos de la práctica habitual. Dado que se trata de una situación potencial de contacto estrecho, es importante que el profesional utilice un equipo de protección personal. Mínimamente debe portar: guardapolvo, barbijo triple capa, protección ocular (antiparras o anteojos), y guantes
- Las usuarias de LARCs, cuyo dispositivo se está venciendo en este momento, si consultan para retirarlo y colocar uno nuevo (porque desean mantener el mismo método) debe informarse que:
 - En caso de DIU-LNG de 52mg (Mirena[®]), puede mantenerse un año más (hasta 6 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva^{9, 16, 17, 18}
 - En caso de estar usando Implante subdérmico, puede mantenerse un año más (hasta 4 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva^{12, 17, 19, 20}
 - Lo mismo cuenta para el DIU con cobre (puede mantenerse un año más)^{9, 12, 21}
 - Mujeres a quienes se insertó un DIU después de los 40 años no necesitan cambiarlo^{9, 12}
 - Usuarias de DIU- LNG 13.5 (Blusiri[®]), cumplidos los 3 años de uso deben utilizar método de barrera o pastillas de solo gestágeno¹²
 - 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^{12, 13}. 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^{11, 22} e indicar ácido fólico. 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.
 - 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 AIPE (Anticoncepción inmediata post evento obstétrico) que consiste en que la mujer se vaya de alta después del evento obstétrico con el método anticonceptivo, especialmente un LARC²³. 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 prenatal, enfatizando la importancia del espaciamiento de los nacimientos²⁴.

Bibliografía

¹ UNFPA Millions more cases of violence, child marriage, female genital mutilation, unintended pregnancy expected due to the COVID-19 pandemic. Disponible en <https://www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies> 2 de mayo 2020

² Tran NT, Tappis H, Spilotros N, Krause S, Knaster S Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic Lancet Glob Health. 2020 April : S2214-109

³ Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Essential Services in Sexual and Reproductive Healthcare <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-covid-19-march-2020/>

⁴ Logie CH, Khoshnood K, Okumu M, et al. Self care interventions could advance sexual and reproductive health in humanitarian settings. BMJ 2019; 365: 1083.

⁵ Hall KS Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. Lancet 2020; 395: 1175-77

⁶ Chattu VJ, Yaya S Emerging infectious diseases and outbreaks: implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings Reproductive Health 2020 17(43) 1–5

⁷ WHO. Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Disponible en

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>, 2 de mayo 2020

⁸ FIGO COVID-19 Anticoncepción & Planificación familiar. Disponible en <https://www.figo.org/covid-19-anticoncepcion-cc%81n-planificacion-cc%81n-familiar> 2 de mayo 2020

⁹ Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Advice for women seeking contraception, abortion and other sexual and reproductive healthcare during the COVID-19 pandemic. Disponible en <https://www.fsrh.org/how-to-access-contraception-coronavirus/> 2 de mayo 2020

¹⁰ Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger L Contraception in the Era of COVID-19 Glob Health Sci Pract. 2020;8: 1 -3.

¹¹ Sociedad Española de Contracepción (SEC) Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. Disponible en: <http://sec.es/sec/posicionamiento-sec-covid-19/>

¹² Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU clinical advice to support provision of effective contraception during the COVID-19 outbreak. Disponible en

<https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-clinical-advice-to-support-provision-of-effective/>

¹³ WHO.Q&A: Contraception/Family planning and COVID-19. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>

¹⁴ Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Riesgo tromboembólico en la pandemia de covid-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas. Disponible en <https://www.sehh.es/covid-19/recomendaciones/123869-riesgo-tromboembolico-en-la-pandemia-de-covid-19-y-tratamiento-hormonal-en-mujeres-perimenopausicas-y-postmenopausicas>

¹⁵ RCOG & FSRH. Contraception contingency plan during COVID-19. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/example-contraception-contingency-plan-during-covid-19-mar-2020/?preview=true>

¹⁶ Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare FSRH CEU recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52mg levonorgestrel-releasing intrauterine system during COVID restrictions 20 March 2020. Disponible en <https://yourship.uk/wp-content/uploads/2020/04/fsrh-recommendation-on-extended-use-of-the-etonogestrel-implant-srh-1.pdf>

¹⁷ McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, Swor E, Peipert JF. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the US Food and Drug Administration-approved duration. Obstetrics and gynecology 2015; 125(3):599

¹⁸ Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, Meirik O. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel-mediated intrauterine device: a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. Contraception. 2016;93(6):498-506

¹⁹ Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. Hum Reprod 2016;31:2491–8

²⁰ Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive

implant duration. International Journal of Gynecology & Obst. Obstetrics 2019;144(1):2-8

²¹ Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception. 2014;89(6):495-503

²² Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU: information to support management of individuals requesting to discontinue contraception to plan a pregnancy during the Covid-19 outbreak. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-information-to-support-management-of-individuals/>

²³ FSRH RCOG & RCM. FSRH RCOG & RCM Statement Provision of contraception by maternity services after childbirth during the Covid-19 pandemic Disponible en <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-rcog-rcm-statement-postpartum-contraception-covid19/>

²⁴ ACOG Committee opinion Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. N° 670 Aug 2016 Disponible en <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/08/immediate-postpartum-long-acting-reversible-contraception.pdf>