

Anticoncepción hormonal y COVID-19

Bárbara De Nardo y María Alejandra Belardo

RESUMEN

La enfermedad producida por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, en la República Popular China, y en pocos meses se convirtió en una pandemia. Desde el comienzo ha sido un desafío mundial, que amenazó la salud pública y obligó a tomar medidas estrictas de aislamiento social. Como consecuencia de la emergencia sanitaria se ha producido una reducción importante de la actividad asistencial, que puso en riesgo el acceso y la continuidad de los métodos anticonceptivos, exponiendo a mujeres a embarazos no intencionales. Los derechos sexuales y reproductivos resultan esenciales y deben garantizarse siempre.

Palabras clave: anticoncepción, anticoncepción hormonal, COVID-19, planificación familiar, tromboembolismo venoso.

HORMONAL CONTRACEPTION AND COVID-19

ABSTRACT

The disease caused by the new coronavirus SARS-CoV-2 was identified for the first time in December 2019 in the city of Wuhan, in the People's Republic of China, and within a few months it became a pandemic. From the beginning, it has been a global challenge, threatening public health, having to take strict measures of social isolation. As a consequence of the health emergency, there has been a significant reduction in healthcare activity, putting access and continuity of contraceptive methods at risk, exposing women to unintended pregnancies. Sexual and reproductive rights are essential and must always be guaranteed.

Key words: contraception, hormonal contraception, COVID-19, family planning, venous thromboembolism.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2020; 40(4): 227-232.

INTRODUCCIÓN

Desde el primer caso comunicado en diciembre de 2019, la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se ha extendido globalmente.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al día primero de agosto de 2020 había cerca de 17 396 943 millones de personas infectadas en el mundo y más de 600 mil muertes¹.

El total de casos confirmados en la Argentina para ese entonces alcanzaba 191 302 personas, de las cuales el 54,7% correspondían a casos de circulación comunitaria. Las principales franjas etarias afectadas de los casos registrados representaban personas de entre 20 y 59 años, siendo la edad promedio de 40 años. Al momento, la cantidad de personas fallecidas era 3558².

La actual pandemia provocada por COVID-19 representa una infección viral asociada a una respuesta inflamatoria sistémica.

El espectro clínico de la enfermedad es muy amplio, desde síntomas leves e inespecíficos como fiebre, odinofagia y

tos seca, hasta neumonía severa y síndrome de dificultad (distrés) respiratoria aguda (SDRA)³, con la necesidad de admisión a Unidad de Terapia Intensiva (UTI). El aumento de los niveles de dímero D ha sido establecido como predictor del desarrollo del SDRA⁴, al igual que la gravedad de la enfermedad se correlaciona con una respuesta inmunitaria exagerada⁵.

Pero lo más llamativo de la infección por coronavirus es su posible relación con el desarrollo de trombosis, el síndrome clásico de coagulación intravascular diseminada (CID) y la coagulopatía de consumo posterior⁴.

Se observó que los pacientes con formas graves de infección por COVID-19, en quienes los síntomas recrudecían de manera veloz, presentaban un cuadro compatible con el síndrome de activación macrofágica (SAM). Este se caracteriza por proliferación descontrolada de las células T, activación excesiva de los macrófagos e hipersecreción de citocinas proinflamatorias. Adicionalmente a esta situación, se encuentra en estos pacientes una activación patológica de la trombina, con consecuentes episodios trombóticos. Los doctores Gauna y Bernava llamaron a esta compleja y particular situación "Respuesta Inmune Trombótica Asociada a COVID-19" (RITAC)⁵.

La incidencia de tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes con COVID-19 no está establecida. Según datos de la Sociedad Americana de Hematología (ASH por sus siglas en inglés), la incidencia de TEV en sala general de hospital se aproxima al 1,1%, mientras que asciende

Recibido: 26/08/20

Aceptado: 23/09/20

Sección Endocrinología Ginecológica, Sección Climaterio (B.D.N., M.A.B.), Servicio de Ginecología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires (M.A.B.) Argentina.

Correspondencia: alejandra.belardo@hospitalitaliano.org.ar

al 69% en los pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI)⁶.

Tal como sucede en otras patologías, aquellos pacientes que transiten una evolución más grave de la enfermedad, sobre todo si presentan riesgos adicionales como antecedente de TEV, obesidad, hipertensión y/o edad añosa, entre otros, tienen mayor riesgo de desarrollar un evento trombotico en comparación con pacientes con enfermedad asintomática o leve.

No está demostrado si el riesgo de enfermedad tromboembólica es más elevado en casos de COVID versus otros pacientes en estado crítico.

Ahora bien, ¿qué relación puede haber entre la ginecología y COVID? ¿La hay? Y si fuera así, ¿qué implicancias tiene en nuestra práctica diaria como ginecólogos?

Por un lado, los cambios en la sexualidad y el riesgo de la discontinuación de distintos métodos anticonceptivos (MAC) exponen a las mujeres a embarazos no intencionales, muchos de los cuales terminarán en abortos inseguros o complicaciones graves del embarazo, con aumento de la mortalidad materna e infantil. Por otro lado, el posible riesgo de trombosis derivado del uso de anticoncepción hormonal en mujeres cursando infección por COVID también representa una preocupación central para los ginecólogos.

Cabe aclarar que la hipótesis del aumento del riesgo trombotico se debe a la evidencia científica que asocia el uso de terapias hormonales con un estado de hipercoagulabilidad que, en este contexto, podría generar un efecto sinérgico en relación con el riesgo de trombosis.

La enfermedad por COVID-19 demostró ser una entidad interdisciplinaria que cruza transversalmente a todos los agentes de salud, convirtiéndose en un desafío para múltiples especialidades.

RIESGO DE TROMBOSIS Y ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una entidad clínica que engloba dos cuadros íntimamente relacionados, la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). La incidencia de ETV en la población general es de 1 a 5 casos cada 10 000 mujeres/año y representa la tercera causa de muerte cardiovascular después del infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV) y se considera entre las principales causas de muerte intrahospitalaria⁷.

La trombosis venosa es un proceso multifactorial, que se manifiesta generalmente cuando coinciden varios factores de riesgo en una misma persona (Cuadro 1).

La anticoncepción hormonal combinada ha demostrado ser segura a través de años de seguimiento, y es rara la aparición de eventos tromboticos en la población joven expuesta. El riesgo de desarrollo de ETV es mayor en los

primeros 6-12 meses, especialmente si se inicia tratamiento por primera vez⁸. A pesar de que el riesgo aproximadamente se cuadruplica en mujeres usuarias versus no usuarias, el riesgo absoluto es bajo (aproximadamente 7 cada 10 000 mujeres/año) y más bajo que el riesgo asociado con el embarazo, donde la incidencia general de ETV es de aproximadamente 20 cada 10 000 mujeres/año⁹.

Según una revisión sistemática de Cochrane, todos los anticonceptivos orales combinados se asociaron con un mayor riesgo de trombosis venosa, dependiendo tanto del progestágeno utilizado como de la dosis de etinilestradiol¹⁰. Weill y cols., en un reciente estudio de cohorte que incluyó cinco millones de mujeres francesas usuarias de anticonceptivos orales combinados, demostraron que, para el mismo tipo de progestágeno, dosis de 20 mg de etinilestradiol versus 30-40 mg se asoció con menor riesgo de TEP, ACV isquémico y IAM¹¹.

Los progestágenos de tercera y cuarta generación: gestodeno, desogestrel, y ciproterona, drospirenona, respectivamente, presentarían un mayor potencial trombogénico que los de segunda generación como el levonorgestrel¹⁰; sin embargo, los anticonceptivos de progestágeno solo no están asociados con riesgo vascular (arterial o venoso) fuera del acetato de medroxiprogesterona⁸.

Respecto de la vía no oral, los parches y anillos vaginales podrían asociarse a un aumento modesto en el riesgo relativo de trombosis venosa, pero en valores absolutos el riesgo es bajo⁸.

Para cada mujer es necesario determinar el método anticonceptivo más apropiado en términos de aceptabilidad y riesgo.

IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, a ella y a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios¹³.

Los servicios y suministros anticonceptivos y de planificación familiar son componentes básicos de los servicios de salud esenciales, que deben garantizarse aun en contextos de emergencia.

Es por esto que durante las medidas de aislamiento y de distanciamiento social debidas a la pandemia, ha resultado indispensable asegurar el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva, que es un derecho humano fundamental.

A partir de esto, diversas sociedades internacionales como la Facultad de Salud Sexual y Reproductiva (FSRH por sus siglas en inglés), la OMS, la Sociedad Española de Contracepción (SEC) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) han publicado una serie de recomendaciones a modo orientativo para respaldar y resguardar la salud sexual y reproductiva¹⁴⁻¹⁷:

Cuadro 1. Estados de hipercoagulabilidad heredados y adquiridos¹²**Hereditarios**

- Frecuentes:
 - Mutación G1691A del gen del factor V (factor V Leiden)
 - Mutación G2021A del gen de la protrombina (factor II)
 - Homocigóticos para la mutación C677T del gen de la metilenotetrahidrofolato reductasa
- Raros:
 - Deficiencia de antitrombina
 - Deficiencia de la proteína C
 - Deficiencia de la proteína S
- Muy raros:
 - Disfibrinogenemia
 - Homocigóticos para la homocistinuria

Probablemente hereditarios

- Aumento de los niveles de factor VIII, f. IX, f. XI, o fibrinógeno

Adquiridos

- Cirugía y traumatismos
- Inmovilización prolongada
- Edad avanzada
- Cáncer
- Enfermedades mieloproliferativas
- Trombosis previas
- Embarazo y puerperio
- Utilización de anticonceptivos hormonales o terapia hormonal sustitutiva
- Resistencia a la proteína C activada que no depende de alteraciones del gen del factor V
- Anticuerpos antifosfolípidos
- Fármacos (heparina...)

Modificado de Seligsohn U, Lubetsky A. N Engl J Med. 2001; 344:1222-31.

- Expansión de los servicios de planificación familiar posparto, particularmente los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCs), entendiendo que la atención prenatal, el parto y la atención posterior pueden ser las únicas oportunidades que las mujeres tienen para acceder a la anticoncepción.
- Promoción y suministro proactivo de todos los métodos de planificación familiar, asegurando que los insumos estén disponibles.
- Simplificación de los procesos de acceso a los MAC.
- Implementación de la telemedicina como un complemento para mejorar la información y acceso a la anticoncepción.

RECOMENDACIONES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19
Usuaris actuales de métodos anticonceptivos

En usuarias de anticoncepción hormonal sin diagnóstico de COVID se recomienda actualizar la historia clínica y, de no existir variaciones, mantener su prescripción¹⁸. Podría considerarse rotar a ACO, anillos o parches, en el caso de anticoncepción inyectable (combinada o acetato de medroxiprogesterona), dado que esta representa un riesgo de exposición al mantener contacto estrecho durante la aplicación¹⁹.

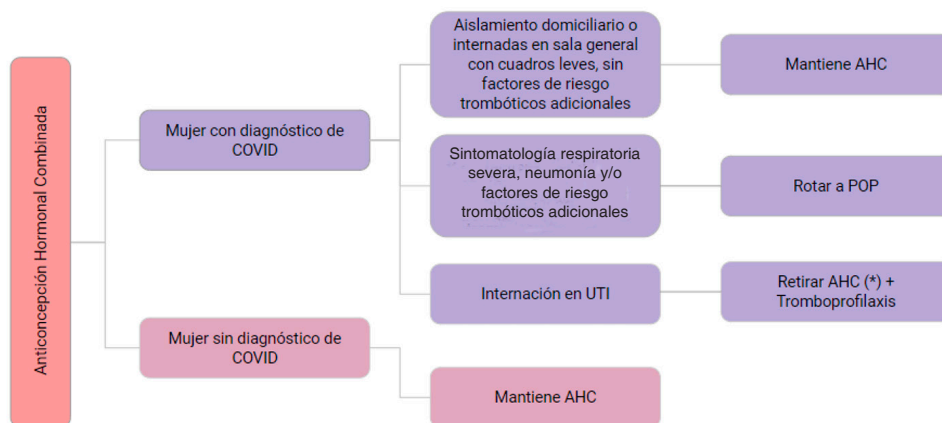
Especial atención merecen las mujeres usuarias de LARCs (métodos reversibles de larga duración) que requieren

su recambio. En el caso del implante subdérmico de etonogestrel, DIU de cobre y DIU de levonorgestrel 52 mg (Mirena®), pueden mantenerse por un año más del tiempo recomendado, asegurando su eficacia anticonceptiva. En el caso particular del DIU de levonorgestrel 13,5 mg (Blusiri®), cumplidos los 3 años de uso se debe utilizar MAC de respaldo, como preservativo o pastillas de solo gestágeno (POP)¹⁷. La inserción del DIU en mujeres después de los 40 años puede mantenerse hasta la menopausia²⁰ (Cuadro 2). Los únicos motivos para la extracción de los LARCs en este contexto son el deseo de gestación, efectos secundarios graves y los signos de infección¹⁷. Si la decisión de retirarlo es por disconformidad de la paciente, debe realizarse previamente un adecuado asesoramiento y definir un MAC alternativo. Como hemos mencionado con anterioridad, la infección por COVID se ha relacionado con el desarrollo de coagu-

lopatías y fenómenos trombóticos. Más aún, los pacientes hospitalizados por COVID-19 presentan un mayor de riesgo de ETEV, en especial aquellos ingresados en UTI. Por otro lado, los anticonceptivos hormonales combinados inducen cambios bioquímicos que generan un estado de hipercoagulabilidad. Ambas situaciones derivan en un efecto sinérgico en relación con el incremento de riesgo tromboembólico. En aquellas personas infectadas con factores de riesgos adicionales, la terapia anticoagulante puede mejorar el pronóstico y reducir la morbimortalidad²¹. En mujeres con diagnóstico de COVID usuarias de anticoncepción hormonal combinada en aislamiento domiciliario o internadas en sala general con cuadros leves, sin factores de riesgo trombóticos adicionales como obesidad, tabaquismo, diabetes e hipertensión, entre otros, puede mantenerse¹⁹ (Fig. 1).

Cuadro 2. Tiempo de uso de los LARCs en pandemia

Método	Duración	Consideraciones especiales
DIU de cobre	Puede mantenerse un año más	< 40 años: se recomienda uso de POP o barrera en el momento en que se alcance la fecha de caducidad Mujeres a quienes se insertó > 40 años no necesitan cambiarlo
DIU - LNG 52 mg	Puede mantenerse un año más (hasta 6 años)	> del 6.º año de uso: recomendar uso de POP o barrera hasta consulta presencial Cuando el DIU de LNG 52 mg se inserta en mujeres > 45 años con fines anticonceptivos, se puede mantener hasta los 55 años
DIU - LNG 13.5 mg	3 años	Utilizar POP o barrera a partir de la fecha de caducidad
Implante subdérmico	Puede mantenerse un año más (hasta 4 años)	Más allá del 4.º año de uso debe recomendarse uso de POP o barrera



(*) Si utiliza la AHC por beneficios no contraceptivos puede utilizar POPs

Figura 1. Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de Covid-19. Adaptado de Comité de opinión AMAdA; de Mayo 2020.

En caso de sintomatología respiratoria severa, neumonía y/o factores de riesgo trombóticos adicionales citados previamente se sugiere rotar la anticoncepción hormonal combinada a POP²². Se debe realizar una evaluación individualizada de la necesidad de profilaxis antitrombótica en base a criterios clínicos, factores de riesgo y antecedentes trombóticos personales y familiares en pacientes de manejo ambulatorio. Actualmente no hay un esquema validado sobre dosis y momento de uso de los fármacos antitrombóticos. Las recomendaciones generales son: fomentar la deambulacion, evitando permanecer de forma prolongada de pie o sentado, cambiando de posición cada 30-60 min, realizar ejercicios con las extremidades inferiores y mantener una adecuada hidratación²¹.

En el caso de las pacientes con diagnóstico de COVID que requieren internación en UTI, debe retirarse la anticoncepción hormonal combinada, indicando anticoncepción de emergencia de haberse mantenido relaciones sexuales en las 48 horas previas sin preservativo e indicar tromboprofilaxis²².

En los casos en que se haya retirado o cambiado el tratamiento anticonceptivo, podrá volverse a él, una vez curada la paciente y recuperada la movilidad habitual.

Si se inició tromboprofilaxis, debe mantenerse hasta un mínimo de siete días tras el alta hospitalaria o hasta la movilización completa²².

Nuevas usuarias de métodos anticonceptivos

Para la mujer que desea iniciar por primera vez anticoncepción, se recomienda realizar el asesoramiento a través de telemedicina.

De especial importancia es la confección de una anamnesis dirigida para conocer antecedentes familiares, personales y ginecoobstétricos de interés, poniendo especial énfasis en antecedentes de enfermedad tromboembólica, así como

tabaquismo en mayores de 35 años, hipertensión y alguna otra condición médica que contraindique el uso de la anticoncepción hormonal combinada¹⁷.

Un concepto para considerar es que en el contexto de la pandemia, a pesar de que la mujer puede utilizar de manera segura anticoncepción hormonal combinada, debe sugerirse de manera preventiva en primera instancia iniciar pastillas con gestágenos solos¹⁹.

Si el deseo es iniciar LARCs, debe evaluarse cada caso en particular, teniendo en cuenta en qué situación se encuentra el sistema de salud, considerando que su inserción implica contacto estrecho con el profesional de la salud¹⁹. De no ser factible la colocación, debe considerarse un método de respaldo transitorio mientras dure la emergencia sanitaria. Siempre recordar y estimular el uso de preservativo como único método para prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, no existen contraindicaciones para su uso¹⁷.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 ha sido un reto desde el comienzo para los profesionales de la salud, en un contexto dinámico e incierto. Algunas herramientas como la telemedicina han resultado ser cruciales durante la emergencia sanitaria, permitiendo prescindir de desplazamientos innecesarios, asegurando fluidez de información entre pacientes y profesionales y garantizando la atención médica en cualquier lugar y momento. Seguir las guías de recomendación nos permite ser cautos a la hora de informar, brindar asesoramiento adecuado y contención a nuestras pacientes, respaldando la salud sexual y reproductiva.

Luego del cierre de este artículo, podría existir alguna modificación, ya que las recomendaciones son dinámicas y pueden cambiar según la situación epidemiológica.

Conflictos de interés: las autoras declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 194: data as received by WHO from national authorities by 10:00 CEST, 1 August 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2020 ago 15]. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200801-COVID-19-sitrep-194.pdf?sfvrsn=401287f3_2.
2. Argentina. Ministerio de Salud. Reporte diario matutino nro. 279: situación de COVID-19 en Argentina [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; 2020 ago 1 [citado 2020 ago 15]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1-08-20_reporte_matutino_COVID_19.pdf.
3. Pan C, Chen L, Lu C, Zhang W, Xia J-A, Sklar MC, et al. Lung recruitability in SARS-CoV-2-associated acute respiratory distress syndrome: a single-center observational study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020; 201:1294-7.
4. Marietta M, Ageno W, Artoni A, et al. COVID-19 and haemostasis: a position paper from Italian Society on Thrombosis and Haemostasis (SISET). *Blood Transfus*. 2020;18(3):167-9.
5. Gauna ME, Bernava JL. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas ante la Respuesta Inmune Trombótica Asociada a COVID-19 (RITAC). *CorSalud*. 2020;12(1):60-3.
6. Kreuziger LB, Lee A, García D, et al. COVID-19 and VTE/anticoagulation: frequently asked questions [Internet]. Washington, DC: American Society of Hematology; 2020 [version 4.0; last reviewed 2020 July 20; citado 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.hematology.org/COVID-19/COVID-19-and-vte-anticoagulation>.
7. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Enfermedad Tromboembólica Aguda. *Rev Argent Cardiol* 2016; 84:74-91.
8. Gumpel CG. Anticoncepción en la mujer con TEV o con trombofilia sin TEV previo. *Hematología*. 2018;22(Nº. extraord):110-6.
9. Sitruk-Ware R. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertil Steril*. 2016; 106(6):1289-94.
10. De Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal

- FR, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3):CD010813.
11. Weill A, Dalichampt M, Raguideau F, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ*. 2016;353:i2002.
12. Villa Estébanez R, Veiras del Río O. Trombosis venosa profunda. *AMF* 2009; 5(1):11-20.
13. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [Ginebra]: ONU; 1948 dic 10 [citado 2020 jul 15]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>.
14. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Essential services in sexual and reproductive healthcare [Internet]. [London]: FSRH; 2020 march 24 [citado 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-COVID-19-march-2020/>.
15. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) and sexual and reproductive health [Internet]. [Geneva]: WHO; 2020 [updated 2020 june 1; citado 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>.
16. FIGO. COVID-19 anticoncepción y planificación familiar [Internet]. London: FIGO; 2020 April 13 [citado 2020 ago 15]. Disponible en <https://www.figo.org/es/COVID-19-anticoncepcion-y-planificacion-familiar>.
17. 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 [Internet]. Madrid: SEC; 2020 abril 20 [citado 2020 ago 15]. Disponible en: <http://sec.es/sec/posicionamiento-sec-COVID-19/>.
18. World Health Organization. Q&A: contraception/family planning and COVID-19 [Internet]. [Geneva]: WHO; 2020 April 6 [citado 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-COVID-19>.
19. Ciarmatori S, López Kaufman C, Bonsergent S, et al. Comité de opinión AMAdA. Mayo 2020: recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. Buenos Aires: AMAdA; 2020 mayo [citado 2020 ago 15]. Disponible en <http://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/consensos/364>.
20. Hardman SM, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(6):903-15.
21. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Recomendaciones de tromboprofilaxis y tratamiento antitrombótico en pacientes con COVID-19 [Internet]. [Madrid]: la Sociedad; 2020 abril 21 [actualizado 2020 abril 29; citado 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.COVID-19.seth.es/recomendaciones-de-tromboprofilaxis-y-tratamiento-antitrombotico-en-pacientes-con-COVID-19/>.
22. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Riesgo tromboembólico en la pandemia de COVID-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas [Internet]. [Madrid]: la Sociedad; 2020 abril 15 [citado 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.COVID-19.seth.es/riesgo-tromboembolico-en-la-pandemia-de-COVID-19-y-tratamiento-hormonal-en-mujeres-perimenopausicas-y-postmenopausicas/>.