



Algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva en tiempos de pandemia

Isabel Serrano

Ginecóloga. Integrante del Comité de Nominaciones y Gobernanza de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)

Las informaciones sobre la pandemia por COVID 19 son numerosas. Las *pseudocientíficas* o directamente falsas también. Por eso queremos resumir aquí, desde bases científicas, algunos aspectos relacionados con cómo está cambiando la infección no solo el estado de salud de miles de mujeres sino también la forma en que desde el sector sanitario se afrontan diversas patologías y la situación que vive. Ya nada es como antes pero, afortunadamente, el esfuerzo de miles de profesionales asistenciales e investigadores va encontrando respuestas a las grandes dudas que este nuevo, peligroso y desconocido virus nos ha generado. Algo tan complejo no se puede abordar desde una visión parcial, ni siquiera regional o estatal, ya que lo aprendido procede, precisamente, de esos esfuerzos nacionales e internacionales.

¿Cómo afecta la pandemia del COVID-19 a la planificación familiar y la anticoncepción?

Pese a la diversidad de situaciones, hay elementos comunes, como las limitaciones de movilidad y la distancia social, que afectan a la actividad sexual y también a la interrelación de la asistencia sanitaria y las necesidades de las poblaciones.

Millones de personas confinadas, en situación de mayor o menor tranquilidad, mantienen relaciones coitales con el consiguiente riesgo de embarazo inesperado y con la necesidad de usar métodos anticonceptivos.

Al no existir evidencias que confirmen la presencia de virus en las secreciones vaginales y del semen de mujeres y hombres infectados por COVID-19, no hay razón para limitar las relaciones coitales. Pero parece razonable que las personas infectadas en proceso de recuperación eviten relaciones coitales hasta la clarificación del proceso, manteniendo siempre, cuando estas se reinicien, las medidas de lavados de manos y protección de la vía respiratoria.

En estas circunstancias, es especialmente recomendable usar anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), aprovechando, incluso, la oportunidad del post-parto o el post-aborto para la inserción de DIU o implante, o de inyectable (o píldora) solo gestágeno.

También son importantes los autocuidados, con especial atención a los preservativos y las píldoras anticonceptivas de urgencia, ante la dificultad de mantener el anticonceptivo habitual. Como dice la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), ante el cierre de muchos servicios y el mayor riesgo de violencia sexual en ciertos hogares “*tener estos suministros a mano puede ayudarles a ejercer el control sobre sus vidas*”.

Las matronas y el personal de enfermería pueden jugar un papel extraordinario en el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y sus posibles incidencias, favoreciendo el buen cumplimiento e insistiendo en los métodos de barrera o en el doble método cuando sea posible.

Simplificar los procesos sin comprometer la seguridad de las mujeres, facilitando por



ejemplo los anticonceptivos sin receta sobre todo en las situaciones de mayor vulnerabilidad, son medidas que también contribuyen a mejorar el acceso a la anticoncepción, a las que se puede añadir el uso de herramientas digitales de salud para compartir información y evitar así el obstáculo que supone la saturación de los servicios de salud.

■ ¿Qué sabemos del impacto del COVID 19 sobre el embarazo?

Los estudios a mujeres embarazadas afectadas, los 140 casos analizados en el Registro Covid-19 de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la clínica y las analíticas muestran resultados similares a los de la población general afectada por este coronavirus: aproximadamente el 50 % de las personas están asintomáticas en el momento del parto, y los casos graves siguen un curso similar.

No hay evidencia de que la infección por COVID-19 se asocie con un mayor riesgo de aborto o de parto prematuro espontáneos. Sí parece existir un breve incremento de complicaciones obstétricas como la diabetes gestacional, preeclampsia, hipertensión arterial,

etc. pero no está claro que se presenten en una proporción diferente a las que pueden tener las embarazadas sin Covid.

Se presupone un cierto aumento de las alteraciones de la coagulación en las gestantes infectadas, que requieren especial vigilancia ya que este riesgo se añade al propio de cualquier embarazo. De ahí que se recomiende profilaxis de la enfermedad trombo-venosa en embarazo y puerperio.

Es recomendable, siempre que sea posible, realizar a toda mujer embarazada un test PCR¹ antes del parto o de una cesárea programada. No hay motivos clínicos para restringir el acceso de acompañante durante el parto, siempre de acuerdo con la valoración de cada caso y con las medidas de protección pertinentes.

Los criterios para elegir el parto vaginal o la cesárea deben ser estrictamente obstétricos, garantizando la debida protección del personal sanitario implicado.

La anestesia epidural o cualquier otra regional es de elección, ya que el abordaje a través de la vía

¹ Reacción en cadena de la polimerasa (PCR en sus siglas en inglés). Sirve para detectar un fragmento del material genético del virus.

respiratoria es de alto riesgo. También hay que evitar cualquier analgesia por vía inhalatoria.

■ ¿Y sobre la o el recién nacido?

No hay evidencia firme de transmisión vertical (prenatal), por lo que el riesgo de transmisión al o a la bebé se produciría a través de gotas o superficie de contacto. De 300 recién nacidas/os de madres infectadas analizados (Registro SENEo de la Sociedad Española de Neonatología) ninguno estaba infectado. Sí se describe el caso de un neonato a término, de madre con neumonía y nacido por cesárea, que presentó un exudado faríngeo positivo para COVID a las 36 horas de nacer.

Los estudios de líquido amniótico, placenta y exudado vaginal en parturientas infectadas han sido negativos para el COVID-19. Se mantienen dudas sobre la morbi-mortalidad de estos recién nacidos ya que hay algunos datos discordantes según las distintas series, por proceder de distintos países y de números reducidos de casos. La Base de Datos española Red Covid-19 de la SEGO aporta una tasa de prematuridad de un 10,5% por debajo de las 34 semanas de gestación.

Como no hay evidencia de transmisión vertical, en el caso de madres positivas asintomáticas y recién nacido también asintomático se debe evitar su separación y actuar de la forma habitual: contacto inmediato *piel con piel*, animar a la primera toma de pecho en la primera hora, etc., con aislamiento madre-bebé mediante mascarilla e higiene de manos. En caso de sintomatología, hay que valorar cada caso de manera interdisciplinar.

■ ¿Beneficios de la lactancia materna en parturientas sospechosas o infectadas?

Los beneficios para las y los recién nacidos son los mismos que en las lactantes no infectadas. No se ha encontrado de manera fehaciente presencia de virus COVID-19 en la leche de madres infectadas. De hecho, la OMS y otros organismos siguen recomendando la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, siempre que sea posible.

En caso de inevitable separación entre madre y bebé, se debe facilitar la extracción de leche materna para alimentar al recién nacido. En los casos de bebés prematuros se debe favorecer el calostro durante las primeras 2 horas post-parto. No es preciso pasteurizar la leche extraída.

Otra opción cuando lo anterior no sea posible es recurrir a bancos de leche humana donada por mujeres en periodo de lactancia. ■

Más información:

Declaración de FIGO - COVID-19 / Anticoncepción / Planificación familiar <https://www.figo.org/covid-19-anticoncepción-planificación-familiar>

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 <http://sec.es/sec/posicionamiento-sec-covid-19/>

Documento técnico Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Ministerio de Sanidad (versión 13/5/20) https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf

LA IPPF COMO REFERENCIA

En la **Declaración del IMAP de IPPF² sobre COVID-19 y los derechos de salud sexual y reproductiva³** publicada en abril de 2020, se señala cómo esta pandemia afecta especialmente a las personas más vulnerables, aumentando aún más las desigualdades sociales y de género. Asistimos a importantes retrocesos en el acceso a métodos anticonceptivos incluso desde su propia fabricación y distribución, a los servicios de aborto, de salud materna e infantil, de infertilidad y de atención a cánceres ginecológicos, etc. Por eso IPPF llama a sus asociaciones en todo el mundo a garantizar los suministros y los servicios con un fortalecimiento de la tecnología móvil, las plataformas, redes sociales y telemedicina, y adaptando las estrategias a la realidad de cada país y continente. Insiste también IPPF en la protección de las y los profesionales de la salud, en contacto directo con situaciones de riesgo que, lamentablemente, en muchas partes del planeta no se previenen adecuadamente.

² Panel Internacional de Asesoramiento Médico (IMAP por sus siglas en inglés). Es un panel formado por 8 personas expertas de todo el mundo.

³ http://fpfe.org/wp-content/uploads/2020/03/Abril2020.IMAP_Covid_.pdf