Toma de posición

Toma de posición anticonceptivos en pacientes con cardiopatías congénitas

Position statement on contraceptives in patients with congenital heart disease

Lucía Ortiz[1], Yamila Hubely[2], María Amelia Laciar[3].

Comité de Cardiopatías Congénitas de la Federación Argentina de Cardiología

1 HIEAyC San Juan de Dios de La Plata, Hospital El Cruce de Florencio Varela, Hospital Español de La Plata, Centro Médico Capital. 2 Sanatorio Anchorena de Recoleta, CABA. 3 Hospital Dr Guillermo Rawson Clínica el Castaño, San Juan, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 30 de Marzo de 2025
Aceptado después de revisión
el 8 de Abril de 2025
www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Palabras clave:
Cardiopatías congénitas,
anticoncepción,
embarazo.

RESUMEN

El aumento de la sobrevida en pacientes con cardiopatías congénitas (CC) ha planteado nuevos desafíos que requieren la intervención del cardiólogo de adultos. La gran mayoría de las mujeres en edad reproductiva con CC son sexualmente activas, por lo que la evaluación y asesoramiento sobre la elección del método anticonceptivo (MAC) deben integrarse como una práctica esencial en la cardiología.

Desafortunadamente, menos de la mitad de las mujeres portadoras de CC recibió asesoramiento previo a su primer actividad sexual, dada la prevalencia de actividad sexual y el riesgo de embarazo no planificado en adolescentes y adultos jóvenes con CC. El asesoramiento sobre anticoncepción y embarazo debe comenzar en la adolescencia en la consulta con el cardiólogo pediatra y continuar con el cardiólogo de adulto.

Keywords:
Congenital heart disease,
pregnancy,
contraception.

Position statement on contraceptives in patients with congenital heart disease

ABSTRACT

The increase in survival rates among patients with congenital heart disease (CHD) has introduced new challenges that require the involvement of adult cardiologists. Most women of reproductive age with CHD are sexually active, making the evaluation and counseling on contraceptive method (CM) choice an essential practice in cardiology.

Unfortunately, less than half of women with CHD received counseling prior to their first sexual activity. Given the prevalence of sexual activity and the risk of unplanned pregnancy in adolescents and young adults with CHD, contraception and pregnancy counseling should begin during adolescence in consultations with the pediatric cardiologist and continue with the adult cardiologist.

¿Por qué es importante interrogar y educar sobre los método anticonceptivo (MAC) desde la consulta cardiológica?

Los embarazos no planeados en las mujeres con CC pueden ser potencialmente peligrosos y perjudiciales para la salud tanto de la madre como del feto[1,2,3]. Muchas pacientes con CC en edad reproductiva se encuentran bajo tratamiento de medicación potencialmente teratogénica, como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de la vitamina K, entre otros[4,5].

Debido a esto, se debe alentar a las mujeres a desarrollar objetivos reproductivos con el cardiólogo, obstetra y médico de cabecera, para diseñar una planificación familiar y reducir al máximo los riesgos de morbimortalidad asociados al embarazo.

El asesoramiento sobre anticoncepción es sumamente importante para las mujeres clasificadas como mWHO III y IV, ya que el embarazo implica un riesgo muy alto en aquellas con afecciones clasificadas como mWHO clase III y, debe evitarse en la clase IV *(Tabla 1)*[5,6].

¿Qué MAC están disponibles?

La elegibilidad de los MAC se basa en el riesgo de falla en su función de anticoncepción y del riesgo de desarrollar efectos secundarios en la mujer.

Autora para correspondencia: **Dra. Lucía M. Ortiz**. Calle 60 N° 462 – La Plata – Código Postal 1900, Provincia de Buenos Aires.

TABLA 1.
Clasificación del riesgo cardiovascular materno según la Organización Mundial de la Salud modificada (OMSm)

Clasificación OMSm	Diagnóstico (cuando el estado clínico es estable)	Riesgo asociado al embarazo	Tasa de eventos cardíacos maternos	Recomendación / Asesoramiento
OMSm I	• Estenosis pulmonar • Ductus arterioso permeable • Prolapso de válvula mitral • Lesiones simples reparadas (CIA, CIV, ductus, drenaje venoso pulmonar anómalo) • Latidos ectópicos aislados	Sin aumento detectable del riesgo de mortalidad materna, y sin o leve aumento de morbilidad	2,5–5,0%	Asesoramiento indicado
OMSm II	• CIA o CIV no operadas • Tetralogía de Fallot reparada • Arritmias supraventriculares • Síndrome de Turner sin dilatación aórtica • Disfunción leve del VI (FE > 45%) • Miocardiopatía hipertrófica • Valvulopatía leve o moderada • Marfan o EHAT sin dilatación aórtica • Aorta < 45 mm (válvula bicúspide) • Coartación reparada	Aumento leve a moderado del riesgo de morbilidad / pequeño aumento del riesgo de mortalidad	5,7–10,5%	Asesoramiento indicado
OMSm II–III	• Defecto del septo auriculoventricular • Disfunción moderada del VI (FE 30–45%) • Miocardiopatía periparto previa sin disfunción residual • Prótesis valvular mecánica • Ventrículo derecho sistémico con función normal o levemente deprimida • Circulación de Fontan sin complicaciones	Riesgo intermedio de mortalidad materna o morbilidad moderada a grave	10–19%	Asesoramiento indicado
OMSm III	• Cardiopatía cianótica no reparada • Cardiopatías congénitas complejas • Estenosis mitral moderada • Estenosis aórtica grave asintomática • Dilatación aórtica moderada • Taquicardia ventricular	Riesgo alto de mortalidad materna o morbilidad grave	19–27%	Se requiere asesoramiento experto
OMSm IV	• Hipertensión pulmonar • Disfunción severa del VI (FE < 30% o NYHA III–IV) • Miocardiopatía periparto con disfunción residual • Estenosis mitral grave • Estenosis aórtica grave sintomática • Ventrículo derecho sistémico con disfunción moderada o severa • Dilatación aórtica severa • Ehlers-Danlos vascular • Recoartación grave • Circulación de Fontan complicada	Riesgo extremadamente alto de mortalidad materna o morbilidad grave	40–100%	Embarazo contraindicado; considerar interrupción si ocurre

A través de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone categorías basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar métodos anticonceptivos en forma segura[7,8].

Estas categorías son 4:

- **Categoría 1:** condición en la que no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo
- **Categoría 2:** condición en la que, en general, las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o comprobados
- **Categoría 3:** condición en la que, en general, los riesgos teóricos o comprobados superan las ventajas de usar el método
- **Categoría 4:** condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se usa el método anticonceptivo

El objetivo de esta toma de posición es seleccionar el anticonceptivo más adecuado en pacientes con CC, fundamentalmente en las que se encuentran en categoría 3 o 4

Los MAC disponibles actualmente son[7]:

- Métodos de barrera
- Anticonceptivos hormonales combinados (AOC)

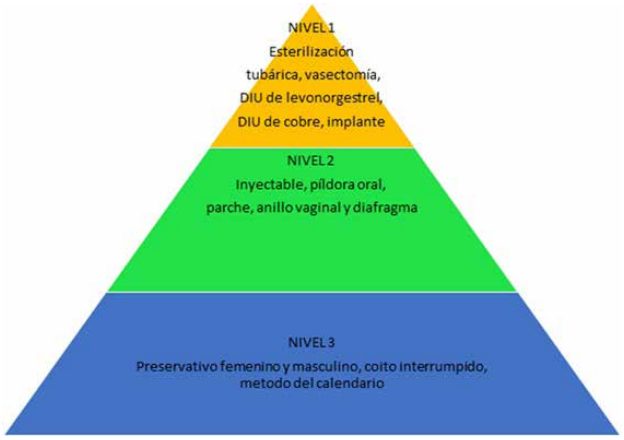


FIGURA 1.
Clasificación de los métodos anticonceptivos según la tasa de falla que presenten

- Anticonceptivos hormonales exclusivos de progestágenos
- Anticoncepción hormonal de emergencia
- Dispositivos intrauterinos (DIU) con levonorgestrel (LNG) o cobre
- Diafragmas
- Anticoncepción quirúrgica

Estos métodos según la tasa de falla que presenten se van a dividir en diferentes grupos: Nivel 1, 2 y 3.

El ***nivel 1*** representa aquellos que tienen menos del 1% de falla, e incluye: implantes dérmicos, dispositivos intrauterinos y esterilización quirúrgica. El ***nivel 2*** tiene del 6-12% de tasa de falla e incluyen: la píldora combinada de estradiol y progestágenos; la píldora de progestágeno, parches dérmicos, anillo vaginal y diafragma. El ***nivel 3*** es el de mayor tasa de falla, representados por método de barreras y espermicidas *(Figura 1)*[1].

La elección del método anticonceptivo debe individualizarse en función de la lesión subyacente que presente la paciente, los riesgos, la eficacia del método según su nivel y su duración.

Los métodos de barrera, el coito interrumpido antes de la eyaculación y el método del calendario tienen una alta tasa de fracaso nivel 3, por lo que no se recomiendan.

En un trabajo reciente, realizado por el Hospital Universitario Vall d´Hebron, se encontró que, al momento de la consulta, 25.8% de las mujeres con CC no utilizaban MAC, mientras que el 46.4% utilizaba métodos nivel 3, un 21.8% nivel 2 y solo un 5.8% nivel 1. Luego del seguimiento por una consulta en conjunto por los servicios de ginecología y cardiología, la distribución fue la siguiente: 25% no utilizan ningún MAC, 22.8% continuaron usando nivel 3, 34.6% nivel 2 y 17.6% nivel 1. Estos cambios resultaron ser estadísticamente significativos ($p < .001$)[9].

- **Anticonceptivos hormonales combinados**

El componente estrogénico aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) y se sabe que aumenta la presión arterial, por lo que no se recomienda en pacientes con cardiopatía preexistente o hipertensión arterial (HTA)[3].

El riesgo absoluto de tromboembolismo venoso (TEV) en mujeres que no utilizan AOC es de 0.19 a 0.37 por 1000 mujeres/año, mientras que en la que si utilizan es de 0,55 a 1,41 por 1.000 mujeres-año, con un riesgo mayor entre las usuarias de progestágenos de tercera y cuarta generación (desogestrel o gestodeno), comparados con los de segunda generación (levonorgestrel o norgestrel)[10]. Los AOC se asocian un aumento del riesgo de 2-6 veces respecto al basal[11].

La evidencia demostró que los AOC con la misma dosis de estrógeno pero diferentes progestágenos se asociaban con un riesgo de TEV diferente, se sugirió que el compuesto progestágeno podría desempeñar un papel en el desarrollo de la trombosis. Sin embargo, dado que los anticonceptivos sólo con progestágeno no interfieren con la síntesis de proteínas de la coagulación, la diferencia en el riesgo de TEV específico de cada AOC sólo podría atribuirse a una modulación distintiva del efecto procoagulante del etinilestradiol (EE), ejercido por los progestágenos[12].

La embolia paradójica es una importante entidad entre las pacientes con TEV y shunt intracardiacos como la comunicación interauricular (CIA), la comunicación interventricular (CIV) y el foramen oval permeable (FOP). Si bien la presentación clínica es muy diversa puede amenazar la vida[13].

La prevalencia de accidente cerebro vascular (ACV) en pacientes con CC es mayor al compararlos con personas sanas de la misma edad[14]. Pacientes con transposición de los grandes vasos (TGA) con switch auricular tienen alta prevalencia de cortocircuitos remanentes entre las neo aurículas, las pacientes con Anomalía de Ebstein tienen un prevalencia de CIA/FOP del 80-90%, pacientes con insuficiencia pulmonar y/o tricúspidea al menos moderada pueden poner en manifiesto la presencia de foramen oval permeable con shunt derecha-izquierda en el ejercicio, entre otras[5].

Por otro lado, gran parte de las pacientes requirió al menos un cateterismo en su infancia, por lo que presentan mayor probabilidad de insuficiencia venosa crónica y de TEV ante la exposición a AOC[15].

Es importante remarcar que la insuficiencia cardíaca es una complicación frecuente, presente en el 20-50% de la población con CC. El antecedente de hospitalización por insuficiencia cardíaca y/o aleteo o fibrilación auricular en los últimos tres meses presenta un odds ratio superior a 10 para predecir eventos tromboembólicos venosos (TEV)[5,11].

Por lo anteriormente expuesto, este Comité recomienda evitar el uso de AOC en pacientes con alta probabilidad de presentar comunicación interauricular o foramen oval permeable en cualquiera de sus formas, incluso cuando no sean detectadas mediante ecocardiograma. Asimismo, se sugiere evitar su utilización en pacientes con insuficiencia cardíaca o arritmias auriculares.

Además, se considera que el uso de AOC debería evitarse en aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial debido a su patología de base, como ocurre en casos de coartación de aorta.

- **¿Qué pacientes con CC podrían utilizar un AOC?**
  1. Pacientes sin shunt intracardiaco
  2. Pacientes sin insuficiencia cardiaca
  3. Pacientes sin hipertensión arterial.
  4. Paciente sin antecedentes de fenómenos embólicos

- **Anticonceptivos exclusivos de progesterona (AEP)**

Los AEP son una opción de mayor seguridad para las pacientes mencionadas previamente, por disminuir el riesgo de complicaciones propias del componente estrogénico y mantener una tasa de falla nivel 1[7].

Los AEP actúan espesando el moco cervical, impidiendo así la penetración de los espermatozoides y reduciendo la receptividad endometrial, lo que imposibilita la implantación. El mecanismo de acción depende del método utilizado (DIU, píldoras anticonceptivas, implantes)[3,7].

Los AEP orales pueden contener levonorgestrel (LNG), acetato de noretisterona o desogestrel, y tradicionalmente se han asociado con reglas estrictas de horario para su ingesta, particularmente para la formulación de levonorgestrel, cuya variación horaria permitida es de 3 horas, y el consumo estricto de las píldoras retrasadas u olvidadas, exige un alto nivel de disciplina por parte de las pacientes[16].

El anticonceptivo de progesterona más común es el de dosis más alta "desogestrel 75 microgramos", que es más fiable, ya que inhibe la ovulación. Su eficacia anticonceptiva es similar a la de los AOC y es seguro para mujeres con cardiopatía congénita[3,8].

El efecto secundario más frecuentemente reportado por las pacientes en tratamiento con cualquiera de los AEP fue el sangrado irregular. Considerando el alto porcentaje de pacientes que reciben antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, este fue el principal motivo de abandono de los AEP. En la mayoría de las pacientes, el sangrado ocurre al inicio y posteriormente desaparece[9].

La drospirenona en dosis de 4 mg en un régimen de administración 24/4 proporciona una anticoncepción eficaz con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad en un amplio grupo de mujeres, incluidas aquellas con sobrepeso u obesidad, y es una opción para la mayoría de las mujeres, independientemente de la presión arterial, el índice de masa corporal o los riesgos tromboembólicos. Comparado con el desogestrel tiene menor tasa de sangrado[17,18].

El acetato de medroxiprogesterona de depósito puede administrarse mediante inyecciones intramusculares cada tres meses[3].

Los implantes subdérmicos que contienen levonorgestrel o etonogestrel son otra opción que mantiene la eficacia anticonceptiva durante 3 a 5 años, y son métodos anticonceptivos reversibles eficaces y seguros para mujeres con CC[15].

La anticoncepción de emergencia puede utilizarse en las pacientes con CC sin problemas, aunque se debería entrenar a las pacientes para que no sea una opción para utilizar por los riesgos de un embarazo no deseado en las clases III y IV de la OMS. Contiene LNG en dosis de 1.5 miligramos[19].

Se considera que los AEP son una opción segura para las pacientes con shunt intracardiacos, insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial.

- **Dispositivos intrauterinos**

Los dos tipos comunes de dispositivos intrauterinos reversibles son el DIU de cobre, con una duración promedio de 10 años, y el que libera LNG, conocido como sistema intrauterino (SIU), con una duración promedio de 5 años.

El SIU es uno de los anticonceptivos más seguros y eficaces. El SIU ofrece otros beneficios no anticonceptivos, como la reducción del sangrado menstrual abundante, la anemia ferropénica, el dolor pélvico (especialmente en mujeres con endometriosis), y la prevención de la hiperplasia endometrial, en comparación con el DIU de cobre. No se requiere profilaxis contra endocarditis infecciosa para la inserción de estos dispositivos[3,7].

En pacientes con anemia, la reducción del sangrado menstrual puede ser beneficiosa, al igual que en aquellas con prótesis valvulares o arritmias auriculares que requieren anticoagulación.

Los SIU puede insertarse de forma ambulatoria con anestesia local; sin embargo, en pacientes con síndrome de Eisenmenger, circulación de Fontan-Kreutzer, arritmias preexistentes o disfunción ventricular, puede ser recomendable la inserción en un entorno hospitalario debido al riesgo de reacción vasovagal durante el procedimiento[9,15,19].

Actualmente, se disponen de dos SIU Mirena® y Kyleena®, que varían en la dosis de LNG que contienen.

Una combinación de anticonceptivos de barrera para prevención de enfermedades de transmisión sexual y DIU LNG es ideal.

- **Anticoncepción quirúrgica**

En mujeres del grupo IV, con síndrome de Eisenmenger o CC con hipertensión pulmonar, se puede considerar la ligadura de trompas por laparoscopia o minilaparotomía como método anticonceptivo permanente, asumiendo el riesgo anestésico. Como alternativa, se puede considerar la vasectomía para la pareja[3,7,9].

BIBLIOGRAFIA

1. Lindley KJ, Teal SB. Contraception in Women with Cardiovascular Disease. JAMA **2022**; 328: 577.
2. Lindley KJ, Bairey Merz CN, Davis MB, et al. Contraception and Reproductive Planning for Women with Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol **2021**; 77: 1823 - 1834.
3. Wander G, Johnson MR, Patel RR. Gynaecological health in adult congenital heart disease women: Addressing menorrhagia, infertility, contraception, menopause. Int J Cardiol Congenit Heart Dis **2023**; 13: 100470.
4. Gatzoulis MA, Webb GD, Daubeney PEF. Diagnosis and management of adult congenital heart disease. Third edition. Philadelphia, PA: Elsevier; **2018**. 721 p.
5. Backer JD, Babu-Narayan SV, Budts W, et al. The Task Force for the management of adult congenital heart disease of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J **2021**; 42: 563 - 645.
6. Araujo JJ, Buitrago-Cifuentes L. Embarazo y cardiopatía congénita, aspectos fundamentales en la estratificación del riesgo. Revista CONAMED **2024**; 39: 86 - 91.

7. Capella S D, Schilling R A, Villaroel Q C. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. Rev Chil Obstet Ginecol **2017**; 82: 124 - 130.
8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. 3a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; **2018**. Disponible en https://iris.who.int/handle/10665/259814 Acceso 28 de Agosto de 2025.
9. Baró-Mariné F, Pijuan-Domènech A, Goya MDM, et al. Progestogen only contraception in women with congenital heart disease. J Obstet Gynaecol **2024**; 44: 2320296.
10. Abou-Ismail MY, Citla Sridhar D, Nayak L. Estrogen and thrombosis: A bench to bedside review. Thromb Res **2020**; 192: 40 - 51.
11. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J **2020**; 41: 543 - 603.
12. Morimont L, Haguet H, Dogné JM, et al. Combined Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism: Review and Perspective to Mitigate the Risk. Front Endocrinol **2021**; 12: 769187.
13. Windecker S, Stortecky S, Meier B. Paradoxical Embolism. J Am Coll Cardiol **2014**; 64: 403 - 415.
14. Hoffmann A, Chockalingam P, Balint OH, et al. Cerebrovascular accidents in adult patients with congenital heart disease. Heart **2010**; 96: 1223 - 1226.
15. Pijuan-Domènech A, Baró-Mariné F, Rojas-Torrijos M, et al. Usefulness of Progesterone-Only Components for Contraception in Patients with Congenital Heart Disease. Am J Cardiol **2013**; 112: 590 - 593.
16. Celis-González C, Palacios S, Durand-Carbajal M, et al. Anticoncepción oral libre de estrógenos. Ginecol Obstet México **2020**; 88 (Supl 1): S1 – S12.
17. Palacios S, Colli E, Regidor PA. Efficacy and cardiovascular safety of the new estrogen-free contraceptive pill containing 4 mg drospirenone alone in a 24/4 regime. BMC Womens Health **2020**; 20: 218.
18. Palacios S, Colli E, Regidor PA. Bleeding profile of women using a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. PLOS ONE **2020**; 15: e0231856.
19. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J **2018**; 39: 3165 -3241.