

Guidelines for contraception on obese women before and after bariatric surgery

Recomendações para contraceção em mulheres com excesso de peso/obesidade, antes e após cirurgia bariátrica

Ana Rosa Costa¹, Teresa Bombas¹, Selma Souto², Paula Freitas²

Abstract

Nas últimas décadas a obesidade tem vindo a aumentar atingindo a nível mundial proporções epidémicas. Portugal ocupa o quarto lugar entre os países da Europa com mais pessoas com obesidade, das quais um grande número são mulheres em idade reprodutiva¹.

É por isso importante considerar a influência/importância do peso corporal na segurança e eficácia dos métodos contraceptivos e a escolha do método durante os períodos de mudança do comportamento alimentar, tratamento médico e após cirurgia da obesidade.

A Sociedade Portuguesa da Contraceção e a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade propõem estratégias efetivas e seguras para o aconselhamento contraceptivo nas mulheres com excesso de peso, com obesidade, sob terapêutica médica para a obesidade e após cirurgia bariátrica.

Palavras-Chave: Cirurgia bariátrica; Obesidade; Contraceção hormonal; Contraceção intrauterina; Contraceção de emergência.

INTRODUÇÃO

A proporção de mulheres obesas em idade fértil está a aumentar¹ pelo que é importante compreender a influência do peso corporal no comportamento sexual, fertilidade, e na segurança e eficácia dos contraceptivos.

Estas recomendações resultam de um trabalho conjunto da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) e da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) e foram realizadas com base numa revisão da literatura mais recente. Destinam-se a profissionais de saúde e têm como objetivos garantir que as mulheres com excesso de peso ou obesidade², durante o tratamento e após correção da obesidade tenham um aconselhamento contraceptivo seguro e efetivo e que seja respeitado o acesso à saúde e aos direitos sexuais reprodutivos³. Não pretendem ser vinculativas e não devem ser o único elemento a ter presente na escolha de um método.

Pretende-se que com o uso de uma contraceção efi-

caz, a conceção seja programada contribuindo para reduzir o número de complicações obstétricas (maternas e fetais) e a gravidez não desejada⁴.

A segurança do uso do contraceptivo está classificada de acordo com os Critérios de Elegibilidade para o uso de Contraceção da OMS (Quadro I)⁵.

FERTILIDADE E SEXUALIDADE NAS MULHERES COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

As mulheres com excesso de peso e obesidade têm comportamento sexual igual às mulheres normoponderais e podem ter fecundidade e fertilidade normais.

Nas mulheres adultas não houve diferença na frequência de relações sexuais, nem no número de parceiros sexuais por classe de índice de massa corporal (IMC). Nas adolescentes tende a verificar-se mais frequentemente um comportamento sexual de risco e maior risco de gravidez não desejada. As adolescentes com obesidade têm maior probabilidade de insatisfação com a imagem corporal e menor autoestima, a coitarca tende a ocorrer em idades mais jovens, associando-se a uma menor maturidade e dificuldade em negociar o uso de

1. Em representação da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)

2. Em representação da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO)

QUADRO I. CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO, SEGUNDO A OMS.

	Categoria	Decisão clínica específica	Decisão clínica global
1	Não existem restrições ao uso do método	Método a usar em todas as circunstâncias	Sim (Pode usar o método)
2	As vantagens do uso do método superam os riscos provados ou teóricos	Método geralmente a ser usado	
3	O risco provado ou teórico de uso do método supera as vantagens	O uso do método não é recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite	Não (Não usar o método)
4	O uso do método representa um risco inaceitável para a saúde	Método a não usar	

preservativo, menor confiança para recusar uma relação sexual não protegida e sexo não consentido⁶⁻⁸. As mulheres que desenvolvem obesidade na idade jovem têm maior probabilidade de síndrome de ovário poliquístico e insulinoresistência e ciclos anovulatórios, comparativamente com mulheres que desenvolveram obesidade mais tarde^{4,9}.

A maioria das mulheres obesa pode continuar a ovular de forma regular e devem ser encaradas como potencialmente férteis¹⁰.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO EM MULHERES COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

Nas mulheres com excesso de peso e obesidade “saudáveis” todos os métodos de contraceção são elegíveis. No aconselhamento contraceptivo deve considerar-se a opção da mulher e a presença de comorbidades com risco tromboembólico. A contraceção hormonal com progestativo isolado não aumenta o risco tromboembólico (Quadro II)^{5,11,12}.

1. Contraceção de emergência (CE)

Os contraceptivos de emergência disponíveis são orais (Acetato de Ulipristal e Levonorgestrel) e intrauterino (DIU cobre).

As mulheres com excesso de peso e obesidade são elegíveis para CE mesmo quando a obesidade está associada a outros fatores de risco cardiovascular (Categoria 1).

O DIU de cobre é o método de CE mais eficaz e a eficácia é independente do IMC.

Os estudos farmacológicos recentes mostram que a obesidade diminui a biodisponibilidade do Levonor-

gestrel (LNG). O LNG (1,5 mg) é menos eficaz se IMC > 26 Kg/m² ou peso superior a 70 kg. Desconhece-se a eficácia de duplicação da dose.

O Acetato de Ulipristal (AUP) (30 mg) deve ser a primeira opção terapêutica em contraceção de emergência oral nas mulheres com obesidade, é menos eficaz em mulheres com IMC >30 kg/m² ou peso superior a 85 Kg. A duplicação de dose não está recomendada^{11,13,14}.

2. Métodos naturais e barreira

As mulheres com obesidade devem ser claramente informadas da menor eficácia e efetividade dos métodos baseados na previsão do período fértil (*Fertility Awareness-Based Methods*) com abstinência periódica, sobretudo nas mulheres com ciclos irregulares.

Não existem estudos científicos específicos com o uso de métodos barreira nas mulheres com obesidade. Os métodos barreira são os únicos que protegem das infecções de transmissão sexual pelo que o seu uso deve ser recomendado em associação com outros métodos mais efetivos, sobretudo em populações jovens¹¹.

3. Contraceção hormonal e intrauterina

3. 1. Impacto do IMC na eficácia do contraceptivo *Contraceção hormonal combinada*

Apesar das alterações da farmacocinética, a eficácia dos contraceptivos hormonais combinados não é afetada pelo IMC. É limitada a evidência que sugere uma diminuição da eficácia do sistema transdérmico nas mulheres com peso corporal superior a 90 kg^{11,15}.

Progestativo oral (desogestrel) e Progestativo injetável (Acetato de medroxiprogesterona)

A eficácia do progestativo isolado oral e injetável não

QUADRO II. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO HORMONAL E INTRAUTERINA EM MULHERES COM EXCESSO DE PESO E COM OBESIDADE

Condição Médica	Método de Contraceção							
	CHC ¹ (O/T/V)	PO ²	P. Injetável ³	Implante ⁴	SIU- LNG ⁵	DIU - Cobre ⁶	CE	
							LNG ⁷	AUP ⁸
Excesso de peso* IMC: 25-29,9 kg/m ²	1	1	1	1	1	1	1	1
Obesidade*								
a) IMC ≥ 30Kg/m ² <18 anos	2	1	2	1	1	1	1	1
c) IMC ≥30-34 kg/m ²	2	1	1	1	1	1	1	1
d) IMC ≥ 35 kg/m ²	3	1	1	1	1	1	1	1
Obesidade associada a outros fatores de risco cardiovascular (tabagismo, HTA, dislipidemia)	3	1	3	1	1	1	1	1

*Índice de massa corporal (IMC) (OMS) ²: Normal: 18,5-24,9 kg/m²; Excesso de peso: ≥25 kg/m²; Obesidade: ≥30 kg/m²; Obesidade mórbida > 40 kg/m²

1: CHC=Contraceptivo hormonal combinado: O=oral; T= transdérmico; V= vaginal; 2: PO= Progestativo oral (desogestrel);

3: P. injetável= Progestativo injetável (acetato de medroxiprogesterona); 4: Implante de Etonogestrel; 5: SIU- LNG= Sistema intrauterino de levonogestrel; 6: DIU- Cobre= dispositivo intrauterino de cobre; 7: LNG= Levonogestrel; 8: AUP= Acetato de Ulipristal

está alterada nas mulheres com excesso de peso e obesidade^{5,11,16,17}.

Implante contraceptivo (etonogestrel/ ENG)

A eficácia do implante contraceptivo não é afetada pelo IMC, mantendo o efeito contraceptivo por 5 anos^{5,11,12,16}.

Contraceção intrauterina -Sistema intrauterino/Dispositivo intrauterino (SIU/DIU)

Os mecanismos de ação da contraceção intrauterina estão baseados no efeito local do contraceptivo, portanto o IMC não interfere na eficácia do contraceptivo^{5,11,12,16,18,19}.

3.2. Impacto do IMC na segurança do contraceptivo Contraceção hormonal combinada (CHC)

O risco adicional de tromboembolismo venoso (TEV) no uso de CHC em mulheres obesas parece ser inferior ao risco de TEV na gravidez e no pós parto. No entanto, as mulheres obesas devem usar preferencialmente métodos com progestativo isolado ou não hormonais^{11,18-21}.

Progestativo oral (desogestrel) e Implante contraceptivo (etonogestrel- ENG)

Não existem restrições ao uso do progestativo oral e implante nas mulheres com excesso de peso e obesi-

dade mesmo na presença de outros fatores de risco cardiovascular¹¹.

Progestativo injetável- Acetato de medroxiprogesterona

O progestativo injetável é uma opção contraceptiva segura nas mulheres com excesso de peso e obesidade. No entanto, quando estão presentes outros fatores de risco cardiovascular outra opção deve ser considerada¹¹.

Contraceção intrauterina (SIU/DIU)

Podem ser utilizados sem restrições (respeitando os critérios de elegibilidade para mulheres normoponderais). A colocação pode ser tecnicamente mais difícil^{11,22,23}.

3.3. Impacto do contraceptivo no IMC

Contraceção hormonal combinada; Progestativo oral (desogestrel)

Não existem evidências de aumento de peso com o uso CHC e progestativo oral^{11,22}.

Progestativo injetável-Acetato de medroxiprogesterona

Parece associar-se a aumento de peso sobretudo nas mulheres com idade inferior a 18 anos e com IMC

$\geq 30 \text{ kg/m}^2$.^{11,22}

Implante contraceptivo (etonogestrel-ENG)

Não existe evidência de aumento de peso com uso do implante.^{11,22,23}

Contraceção intrauterina (SIU/DIU)

Não existe evidência de aumento de peso com a contraceção intrauterina (hormonal e não hormonal).^{11,22,23}

3.3. Benefícios não contraceptivos do uso de contraceção hormonal

Contraceção hormonal combinada

Benefício no controle da hemorragia uterina anômala (HUA), dos sinais de hiperandrogenismo associados à síndrome de ovário poliquístico, tratamento de sintomas pré-menstruais e dismenorrea. Está associada a diminuição de risco de carcinoma do endométrio, ovário e colon-rectal.²⁴⁻²⁶

Progestativo oral (desogestrel)

Pode ser utilizado como tratamento na hemorragia uterina abundante, dismenorrea e sintomas pré-menstruais.²⁶

Progestativo injetável - Acetato de medroxiprogesterona

Pode ser utilizado como tratamento na hemorragia uterina abundante, controle da dismenorrea e sintomas pré-menstruais. Também controla a dor pélvica associada à endometriose. Parece conferir proteção no carcinoma do ovário e do endométrio.^{17,26-29}

Implante contraceptivo (etonogestrel - ENG)

Está associado a controle da dismenorrea e da dor pélvica associada à endometriose.²⁸

Contraceção intrauterina (SIU/DIU)

A contraceção intrauterina hormonal e não hormonal está associada a uma diminuição de risco de hiperplasia endometrial e cancro do endométrio. O mecanismo pelo qual o DIU de cobre se associa a este efeito ainda não está bem esclarecido.

O sistema intrauterino com levonorgestrel (52 mg) está indicado para o tratamento da HUA controle da dismenorrea e dor pélvica associadas à endometriose.^{26,28-33}

4. Métodos definitivos - Laqueação Tubária

É fundamental reforçar a informação sobre o maior risco de morbidade cirúrgica e da irreversibilidade do

método sobretudo em mulheres jovens com menor paridade (pela possibilidade de arrependimento futuro).

Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica

As mulheres devem receber aconselhamento contraceptivo previamente à cirurgia bariátrica.

Às mulheres utilizadoras de CHC, prescrever tromboprolaxia na dose e duração necessária segundo score de risco de Caprini.

Nas mulheres submetidas a cirurgia malabsortiva a eficácia da contraceção oral parece estar comprometida (Categoria 3), mas apesar da potencial diminuição da eficácia na ausência de outros métodos disponíveis ou não aceites o uso dos métodos orais deve ser considerado (Quadro III).

Mulheres que mantêm $\text{IMC} > 35 \text{ kg/m}^2$ após cirurgia bariátrica são consideradas Categoria 3 para o uso de CHC (ver Quadro II).^{5,11,12,16}

A laqueação tubária deve ser desaconselhada pela possibilidade de arrependimento após a perda de peso. A sua eficácia é semelhante aos métodos reversíveis de longa duração que apresentam benefícios não contraceptivos.¹¹

Interações farmacológicas entre os fármacos utilizados no tratamento da obesidade e os contraceptivos hormonais

As mulheres devem ser informadas que a medicação que induza diarreia e ou vômitos pode alterar a eficácia dos contraceptivos orais.

Os estudos sobre o uso de contraceção durante o uso de medicação para a obesidade são limitados (Quadro IV).^{11,34}

Recomendações finais

A obesidade pode afetar a fertilidade, mas a maioria das mulheres ovulam e devem ser encaradas como férteis recomendando-se aconselhamento contraceptivo individualizado.

O comportamento sexual das mulheres jovens e com obesidade pode estar associado a um risco aumentado de infeções de transmissão sexual pelo que deve ser recomendado o uso simultâneo de um método contraceptivo muito eficaz e de um método barreira-preservativo.

A escolha contraceptiva deve considerar a opção da utente, os métodos disponíveis e os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção. O balanço entre a

QUADRO III. USO DE CONTRACEÇÃO EM MULHERES SOB TERAPÊUTICA MÉDICA PARA A OBESIDADE

Medicamento	Considerações
Orlistato (Xenical®, Alli®)	Não recomendado na gravidez e amamentação. Não existe evidência sobre a alteração do efeito contraceptivo com o uso de contraceção oral mas preferencialmente devem ser aconselhados métodos não orais.
Liraglutido (Saxenda®)	Sem evidência clínica relevante na influência da biodisponibilidade da contraceção oral. Todos os métodos são elegíveis.
Naltrexona/Bupropriom (Mysimba)	Sem estudos realizados em contraceção.

segurança do uso de um método e o risco de uma gravidez não desejada deve ser sempre considerado.

Numa mulher com obesidade “saudável” todos os métodos de contraceção são elegíveis. Não deve ser utilizada contraceção hormonal combinada em mulheres com IMC ≥ 35 kg/m².

Os métodos de longa duração pela sua efetividade e segurança devem ser a primeira opção contraceptiva nas mulheres com obesidade e durante o uso de terapêutica médica ou cirúrgica para obesidade.

As mulheres que solicitem contraceção definitiva devem ter aconselhamento detalhado considerando os riscos cirúrgicos e o risco de arrependimento (sobre tudo as mulheres submetidas a cirurgia bariátrica).

REFERÊNCIAS

1. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. (OECD, 2019). doi:10.1787/4dd50c09-en
2. Global Database on Body Mass Index. BMI Classification. (2018).
3. United Nations General Assembly. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). (1979).
4. Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K. & Begley, C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: A systematic review of reviews. *Obesity Reviews* 16, 621–638 (2015).
5. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO (2015).
6. Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C. & CSF Group. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ (Clinical research ed.)* 340, c2573 (2010).
7. Leech, T. G. J. & Dias, J. J. Risky sexual behavior: a race-specific social consequence of obesity. *Journal of youth and adolescence* 41, 41–52 (2012).
8. Becnel, J. N. et al. Romantic, sexual, and sexual risk behaviours of adolescent females with severe obesity. *Pediatric obesity* 12, 388–397 (2017).
9. Carmina, E. et al. Circulating levels of adipose products and differences in fat distribution in the ovulatory and anovulatory phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility* 91, 1332–1335 (2009).
10. Murthy, A. S. Obesity and contraception: emerging issues. *Seminars in reproductive medicine* 28, 156–163 (2010).
11. (FSRH), F. of S. & R. H. FSRH Guideline Overweight , Obesity & Contraception. (2019).
12. Curtis, K. M. et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
13. Praditpan, P. et al. Pharmacokinetics of levonorgestrel and ulipristal acetate emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception* 95, 464–469 (2017).
14. Guidance, S. D. Medical and Service Delivery Guidance. (2018).
15. Dragoman, M. V, Simmons, K. B., Paulen, M. E. & Curtis, K. M. Combined hormonal contraceptive (CHC) use among obese women and contraceptive effectiveness: a systematic review. *Contraception* 95, 117–129 (2017).
16. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
17. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Clinical Guidance Progestogen-only Implants. (2014).
18. Merki-Feld, G. S. et al. European society of contraception statement on contraception in obese women. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* 20, 19–28 (2015).
19. Saito-Tom, L. Y., Soon, R. A., Harris, S. C., Salcedo, J. & Kaneshiro, B. E. Levonorgestrel Intrauterine Device Use in Overweight and Obese Women. *Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health* 74, 369–374 (2015).
20. European Medicines Agency. Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks. (2013).
21. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH Statement: Venous Thromboembolism (VTE) and Hormonal Contraception. (2014).
22. Lopez, L. M. et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *The Cochrane database of systematic reviews* CD008815 (2016). doi:10.1002/14651858.CD008815.pub4
23. Bahamondes, L., Brache, V., Ali, M., Habib, N. & WHO study group on contraceptive implants for women. A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement.

Contraception 98, 181–187 (2018).

24. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *The Lancet. Oncology* 16, 1061–1070 (2015).

25. Michels, K. A., Pfeiffer, R. M., Brinton, L. A. & Trabert, B. Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. *JAMA oncology* 4, 516–521 (2018).

26. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso sobre Hemorragias uterinas anormais. (2018).

27. Dunselman, G. A. J. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)* 29, 400–412 (2014).

28. NICE guidelines. Endometriosis : diagnosis and management. (2017).

29. Wilailak, S. et al. Depot medroxyprogesterone acetate and epithelial ovarian cancer: a multicentre case-control study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 119, 672–677 (2012).

30. Curtis, K. M., Marchbanks, P. A. & Peterson, H. B. Neoplasia with use of intrauterine devices. *Contraception* 75, S60–69 (2007).

31. Beining, R. M., Dennis, L. K., Smith, E. M. & Dokras, A. Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. *Annals of epidemiology* 18, 492–499 (2008).

32. Fu, Y. & Zhuang, Z. Long-term effects of levonorgestrel-releasing intrauterine system on tamoxifen-treated breast cancer patients: a meta-analysis. *International journal of clinical and experimental pathology* 7, 6419–6429 (2014).

33. Dominick, S., Hickey, M., Chin, J. & Su, H. I. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. *The Cochrane database of systematic reviews* CD007245 (2015). doi:10.1002/14651858.CD007245.pub3

34. FSRH CEU Statement. Contraception for Women with Eating Disorders - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. (2018).