

García Lavandeira, Sandra*; Varillas del Río, Carmen*; Borrajo Hernández, M^a Elena*; Blanco Pérez Susana*

*Servicio de Ginecología

- I. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos
- II. Situación actual del aborto
- III. Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica

I.- CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los profesionales que atiendan una demanda de anticoncepción deben proporcionar una información completa y actualizada de las alternativas anticonceptivas existentes, con el fin de facilitar a la paciente que tome la decisión más adecuada en función de su situación.

Requisitos para la prescripción

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> • Descartar contraindicaciones • Valorar factores de riesgo cardiovascular (tabaco, obesidad, HTA, migrañas, hiperlipidemia, diabetes) • Investigar antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o tromboembolismo venoso en familiares directos < 50 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de tensión arterial • Control de peso, talla e índice de masa corporal • Exploración ginecológica integrada en las actividades preventivas

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Las recomendaciones más importantes quedan establecidas en cuatro categorías según el riesgo que conlleva utilizar cada método en cada situación:

Categoría 1	No hay restricción, se puede usar en cualquier circunstancia.
Categoría 2	Las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos, habitualmente se puede usar.
Categoría 3	Los riesgos normalmente superan las ventajas, no se recomienda su uso salvo si no hay disponibles otros métodos mejores, requiriendo un seguimiento más riguroso.
Categoría 4	Su uso supone un riesgo inaceptable para la salud, no debe usarse bajo ningún concepto.

2. Anticoncepción hormonal combinada:

Son los anticonceptivos que incluyen diferentes dosis de distintos estrógenos con diferentes tipos de gestágenos. Su mecanismo de acción consiste en inhibir el pico de hormona luteinizante (LH), inhibir el aumento de hormona foliculoestimulante (FSH), y el reclutamiento, dominancia y la selección folicular. También logran espesar el moco cervical, producir atrofia endometrial y alterar el transporte tubárico. Se clasifican según la vía de administración: oral (píldora), transdérmica (parche) o vaginal (anillo).

Contraindicaciones

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Categoría 4	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS Categoría 3
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia <6 semanas post-parto. • Mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos/día. • Hipertensión moderada o severa (>160/100 mm Hg.). • Hipertensión con enfermedad vascular. • Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar bajo terapia anticoagulante. • Lupus eritematoso sistémico+anticuerpos antifosfolipídicos positivos o desconocidos . • Enfermedad cerebrovascular actual o pasada. • Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada. • Enfermedad cardíaca valvular complicada. • Mutaciones trombogénicas conocidas. • Diabetes con complicaciones vasculares incluida HTA. Diabetes de >20 años de duración. • Cirugía mayor que precise inmovilización prolongada. • Migraña focal. Migraña sin síntomas focales en mujer mayor de 35 años. • Tumor maligno de mama. • Adenoma hepatocelular. Hepatoma maligno.Cirrosis severa. Hepatitis viral aguda severa o reactivación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia 6 semanas –6 meses post-parto • Postparto <21 días. • Mayor de 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos/día. • Hipertensión moderada (140-159/90-99 mm Hg.). • Historia de hipertensión sin posibilidades de control. • Historia de hipertensión controlada correctamente. • Hiperlipidemia conocida asociada a factores de riesgo vascular. • Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA). • Sospecha de Mutaciones trombogénicas. • Inmovilidad no relacionada con la cirugía. • Migraña sin síntomas focales en mujer menor de 35 años. • Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años. • Historia de colestasis relacionada con el uso de AOC. • Enfermedad sintomática del tracto biliar. • Hepatitis viral aguda o reactivación.
---	--

Fármacos que reducen los niveles de hormonas contraceptivas o disminuyen su eficacia

CATEGORÍA	FÁRMACO	INTERACCIÓN	Significado clínico
Antiepilépticos	Carbamazepina Escarbazepina Oxcarbazepina Fenobarbital Fenitoína Primidona Rifinamida	Inducción enzimática	Reducción modesta en EE ¹ y PG ² . Posible reducción de eficacia anticonceptiva.
	Topiramato	Inducción enzimática	Inductor enzimático débil, la eficacia contraceptiva puede no estar afectada con dosis bajas de topiramato.
	Lamotrigina	Probablemente no sea un inductor enzimático	Puede haber un descenso en los niveles de LNG ³ . La eficacia de la terapia combinada no se afecta. Sin datos para PG.
Antibióticos	Rifampicina Rifabutina	Inducción enzimática	Disminuyen los niveles de EE y estradiol, la rifabutina de forma moderada y la rifampicina de forma más intensa.
Contracepción de Emergencia	Acetato de ulipristal	Aumento de los receptores de progesterona	Reducción teórica de la eficacia de los PG, tomar precauciones durante 14 días.
Antiácidos	Anti-H ₂ IBP	Aumento pH gástrico Inducción enzimática	No se recomienda su uso concomitante. Reducción teórica de la eficacia.

¹EE: Etinilestradiol, ²PG: Progestágenos, ³LNG: Levonorgestrel

Efectos secundarios

Aparecen principalmente durante los tres primeros meses: náuseas, vómitos, mareos, cefalea, mastalgia, inapetencia sexual, alteración del carácter y alteraciones del ciclo. Si ocurre sangrado irregular, hemorragia por disrupción o ausencia de hemorragia por privación debemos saber: si ha habido cumplimiento adecuado del método, preparado que toma y la frecuencia con la que se presenta la alteración del ciclo.

2. Anticoncepción hormonal de progestágeno solo

Incluimos aquí a las píldoras de progestina, los implantes de levonorgestrel o de etonorgestrel, al acetato de medroxiprogesterona depot y al enantato de noretisterona. Todas las progestinas producen retroalimentación negativa sobre la secreción de gonadotropinas, con inhibición de la ovulación y reducción de la síntesis de andrógenos.

Normas de uso

	ORAL	INYECTABLE	IMPLANTE
Patrón de sangrado variable	Sangrado irregular, impredecible y habitualmente escaso. Sangrado prolongado y escaso. Amenorrea, tendencia habitual con este método. Sangrado menstrual regular de escasa cuantía.		
Periodicidad	Toma continua	Cada 3 meses	Cada 3 años

Contraindicaciones

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS (Categoría 4)

Tumor maligno de mama

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS (Categoría 3)

- Lactancia < 6 semanas post-parto
- Adenoma hepatocelular
- Hepatoma maligno
- Cirrosis severa
- Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual
- Enfermedad isquémica coronaria pasada o actual
- Historia de accidente cerebrovascular
- Migraña focal
- Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años
- Lupus eritematoso sistémico + anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos

Contraindicaciones relativas que afectan al inyectable de progestágeno

- Hipertensión severa (>160/100 mm Hg)
- Hipertensión con enfermedad vascular
- Diabetes con complicaciones vasculares
- Diabetes de >20 años de duración
- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA)
- Lupus eritematoso sistémico+ trombocitopenia severa

Efectos secundarios

Suelen ser más frecuentes en los primeros meses: cefalea, tensión mamaria, náuseas, acné, hirsutismo, alteración del carácter. Suspender la anticoncepción si aparece migraña con síntomas focales.

Con estos preparados se producen cambios en el patrón de sangrado, que si no son aceptados por la usuaria, obligan a cambiar de método anticonceptivo.

Mal cumplimiento: ¿cómo se manejan los olvidos de las píldoras combinadas y solo gestágeno?

A. Anticoncepción hormonal combinada

1. Olvido de UNA píldora (entre 24-48 h)

- tomarla INMEDIATAMENTE
- seguir tomando el resto de manera habitual
- no usar método adicional
- para minimizar el riesgo de embarazo podría ser útil la AU si el olvido ocurrió en los primeros o últimos días del envase

2. Olvido de ≥ 2 píldoras (> 48 h)

- tomar INMEDIATAMENTE la última
- usar método adicional (barrera) durante 7 días (píldoras activas)
- Píldoras 1-7: considerar AU
- Píldoras 8-14: no es necesario tomar AU
- Píldoras 15-21: omitir el periodo libre y continuar con nuevo envase

B. Sólo gestágeno

Si han pasado >36 horas desde la toma de la última píldora (es decir >12 horas tarde): debe tomarse la píldora omitida en cuanto se recuerde; la próxima píldora debe tomarse a la hora habitual; es aconsejable protección anticonceptiva de barrera adicional durante 2 días; y si el coito desprotegido ha ocurrido en los 2 días desde la píldora omitida, está indicada la anticoncepción de emergencia.

3. Dispositivo intrauterino (DIU)

En la práctica disponemos de dos tipos de DIU: el DIU inerte, generalmente de cobre (Cu-DIU), y el DIU con mecanismo liberador de levonorgestrel (LNG-DIU). El mecanismo de acción de los DIUs inertes o liberadores de iones parece residir en la respuesta inflamatoria en el interior del útero. Los DIUs con gestágenos añaden a este efecto anticonceptivo la pseudoatrofia endometrial.

Normas de uso: Inserción

Es posible aplicarlo en cualquier momento del ciclo, aún sin menstruación, verificando la ausencia de embarazo.

Postparto: >40 días, pues se disminuye la tasa de expulsión espontánea y el peligro de perforación.

Postaborto: Puede ser aplicado inmediatamente, siempre que no se trate de un aborto séptico.

Contraindicaciones: Destacan el cáncer de mama actual, proceso infeccioso pélvico, sangrado genital no filiado y niveles de β -HCG persistentemente elevados.

Efectos secundarios

DIU-Cu	LNG-DIU
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la cantidad y duración de la menstruación. • Sangrados premenstruales y postmenstruales. • Sangrados irregulares sobre todo intermenstruales. • Aparición o aumento del dolor menstrual. • Aumento de la secreción vaginal de características normales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado irregular, impredecible y habitualmente escaso. • Sangrado prolongado y habitualmente escaso. • Amenorrea (habitual con este método). • Sangrado menstrual regular de cantidad escasa. • Cefalea, mastodinia, hinchazón abdominal, quiste funcional de ovario.

Situaciones a tener en cuenta

1. Expulsión: si se sospecha o se confirma su expulsión es importante valorar si está indicada la anticoncepción de urgencia.
2. Colonización por ACTINOMYCES: No es necesario extraer en DIU, se extraerá si se sospecha infección pélvica.
3. Embarazo: establecer si es intrauterino o extrauterino.

Anticoncepción de urgencia: Preguntas frecuentes

¿Qué riesgo de embarazo hay ante un coito no protegido?
Un coito durante la ovulación y en la semana previa, puede acabar en embarazo, hasta en un 35% de los casos. Si se produce más alejado de la ovulación, el riesgo se sitúa entre el 5% y el 15%.
¿Cuándo está indicada?
Cuando se ha realizado el coito sin ningún método anticonceptivo, o los métodos se han utilizado incorrectamente. También en el caso de un mal cálculo de los días fértiles, eyaculación antes de lo previsto, rotura o retención del preservativo, olvidos en la toma de píldoras anticonceptivas, expulsión de un DIU coincidente con un coito, violación, uso reciente de fármacos nocivos en posible embarazo y relaciones sexuales poco controladas bajo efectos de drogas o alcohol.
¿Qué eficacia tiene?
Es muy eficaz, pero puede haber fallos, es decir, embarazos, en un 2% a un 6% de los tratamientos. Es más segura cuanto antes se tome.
¿Tiene efectos secundarios?
Son poco frecuentes, pero pueden aparecer náuseas, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza, mareo, tensión mamaria y vómitos. Suelen desaparecer muy rápidamente. Si falla y se produce el embarazo no daña al feto. Si vomitas antes de que hayan transcurrido tres horas de la toma, tome otro comprimido.
¿Cuándo aparece la regla después de tomarla?
Más de la mitad de las mujeres tiene su próxima regla sin apenas cambios de fecha, aunque puede aparecer antes o después de lo esperado. Se debe consultar al médico si se produce un retraso mayor a 7 días.
CONTRAINDICACIONES: NINGUNA

II.- SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORTO

(Pendiente de revisión por Legislatura actual)

Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La presente Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce las definiciones de la OMS sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un *conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo*. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal buscando garantizar y proteger los derechos e intereses de la mujer y de la vida prenatal.

SUPUESTOS LEGALES	LÍMITE TEMPORAL	REQUISITOS
Derecho a la maternidad libremente decidida en todas las mujeres >16 años	14 semanas de gestación	a. Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad. b. Plazo de reflexión de al menos 3 días
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o graves anomalías en el feto	22 semanas de gestación	Informe médico
Anomalías fetales incompatibles con la vida, enfermedad fetal extremadamente grave e incurable	> 22 semanas de gestación	Comité clínico

III.- PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA

La incidencia de cáncer en nuestro medio continúa aumentando, y las tasas de supervivencia se han incrementado mucho en los últimos 30 años (>70%)

El retraso de la maternidad hace que en muchos casos, el diagnóstico se haga antes de cumplir los deseos genésicos

El incremento en la supervivencia gracias a los tratamientos oncológicos, supone también un mayor riesgo de disminución de la reserva ovárica y fallo ovárico precoz

Son candidatos a las técnicas de preservación de la fertilidad, todos los pacientes que vayan a recibir un tratamiento previsiblemente gonadotóxico y con deseos genésicos no cumplidos (en mujeres ≤ 40 años, varones no está establecido un límite de edad). Se recomienda en pacientes cuyo pronóstico de curación sea bueno.

Posibilidades terapéuticas en pacientes oncológicos

• En varones postpuberales

1. Congelación pre tratamiento de 3 ó 4 eyaculados en pacientes normozoospermicos
2. En pacientes azoospermicos, aspiración de epidídimo o biopsia testicular

• En mujeres

1. Métodos quirúrgicos:
 - a. Transposición ovárica: Tumores pélvicos que precisen radioterapia exclusiva
 - b. Traquelectomía: Cancer de cervix en estadíos IA1, IA2, IB1
2. Criopreservación: embrionaria, ovocitos, tejido ovárico

	Técnica	Precisa Pareja	Retraso en tratamiento oncológico	Edad de tratamiento	Combinable con otras técnicas	Ventajas
Preservación Embriones	Establecida	Si (o semen de donante)	Si	>18a (habitualmente <40 años)	Si	
Preservación Ovocitos	Experimental	No	Si	>18a (habitualmente <40 años)	Si	
Preservación de tejido ovárico	Experimental	No	No	<40 años (válido en niñas)	Si	Posibilidad de maternidad natural y recuperación de función hormonal

Utilización posterior de las muestras

Varones: Se utilizarán las muestras para inseminación artificial o fecundación in Vitro, según la calidad de la muestra, las condiciones de la mujer, y el número de muestras congeladas que existan

Embriones y ovocitos: Cuando la mujer sea dada de alta por oncología (depende del tumor de base), se procederá a la transferencia de los embriones.

Bibliografía

1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Actualización de 2008
2. Isolina Bonacho Paniagua. Anticoncepción. Guías Clínicas 2010; 10 (36). Disponible en: <http://www.fisterra.com>
3. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de consenso de la Sociedad Española de Contracepción. Madrid 2011.
4. Humberto Soriano Fernández, Lourdes Rodenas García, Dolores Moreno Escribano. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones. REV CLÍN MED FAM 2010; 3 (3): 206-216.
5. Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado

6. Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. Justo Callejo Olmos. Editorial Glosa 2008

7. ASCO Recommendation of Fertility Preservation in Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology. S.J. Lee et al. Junio 2008