

# CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO Y NO GINECOLÓGICO.

Dr. Javier García Pérez-Llantada

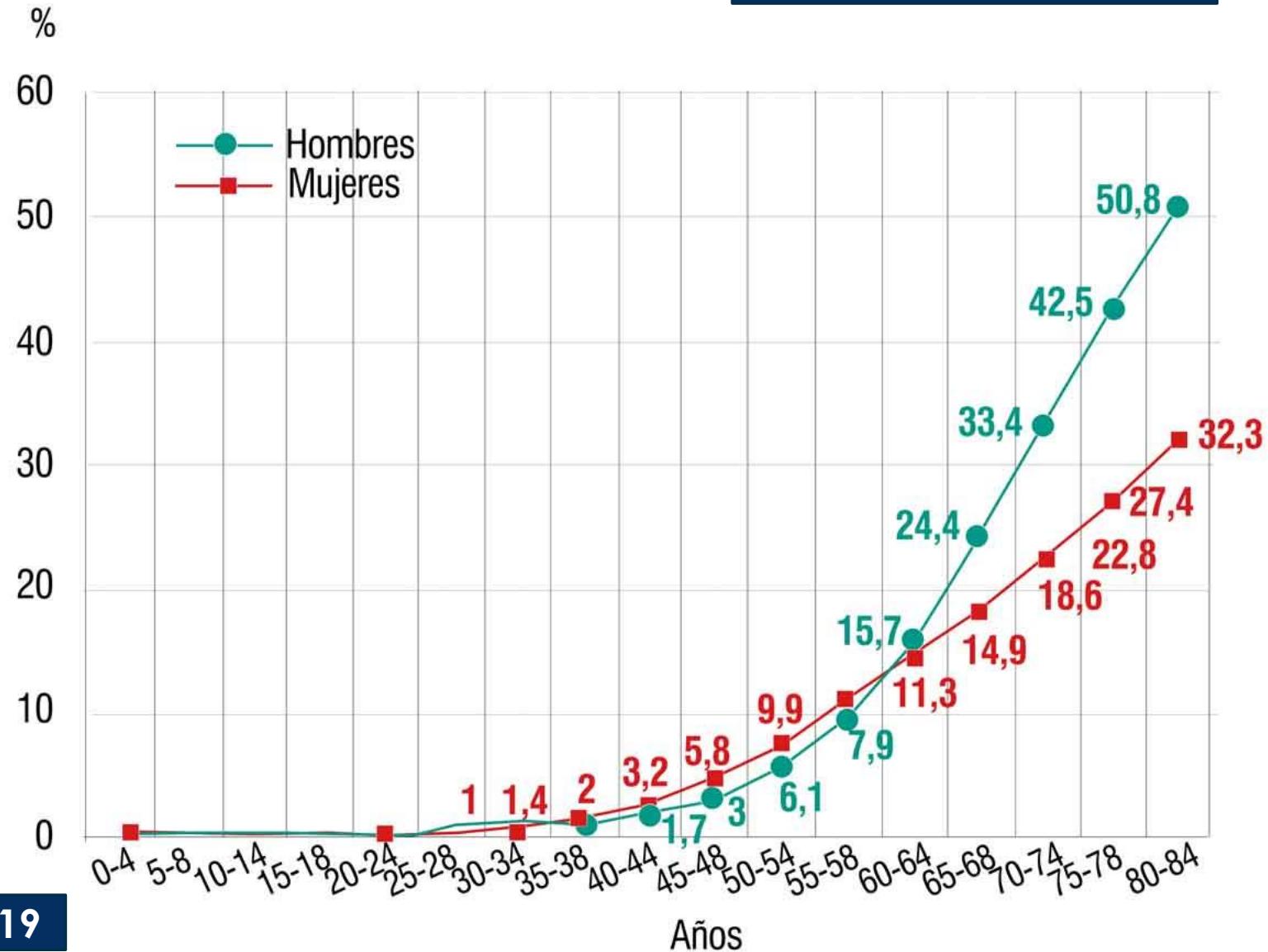
Ginecólogo

Comité técnico de la AECC Zaragoza

CASTELLÓN DE LA PLANA 29 de noviembre de 2019

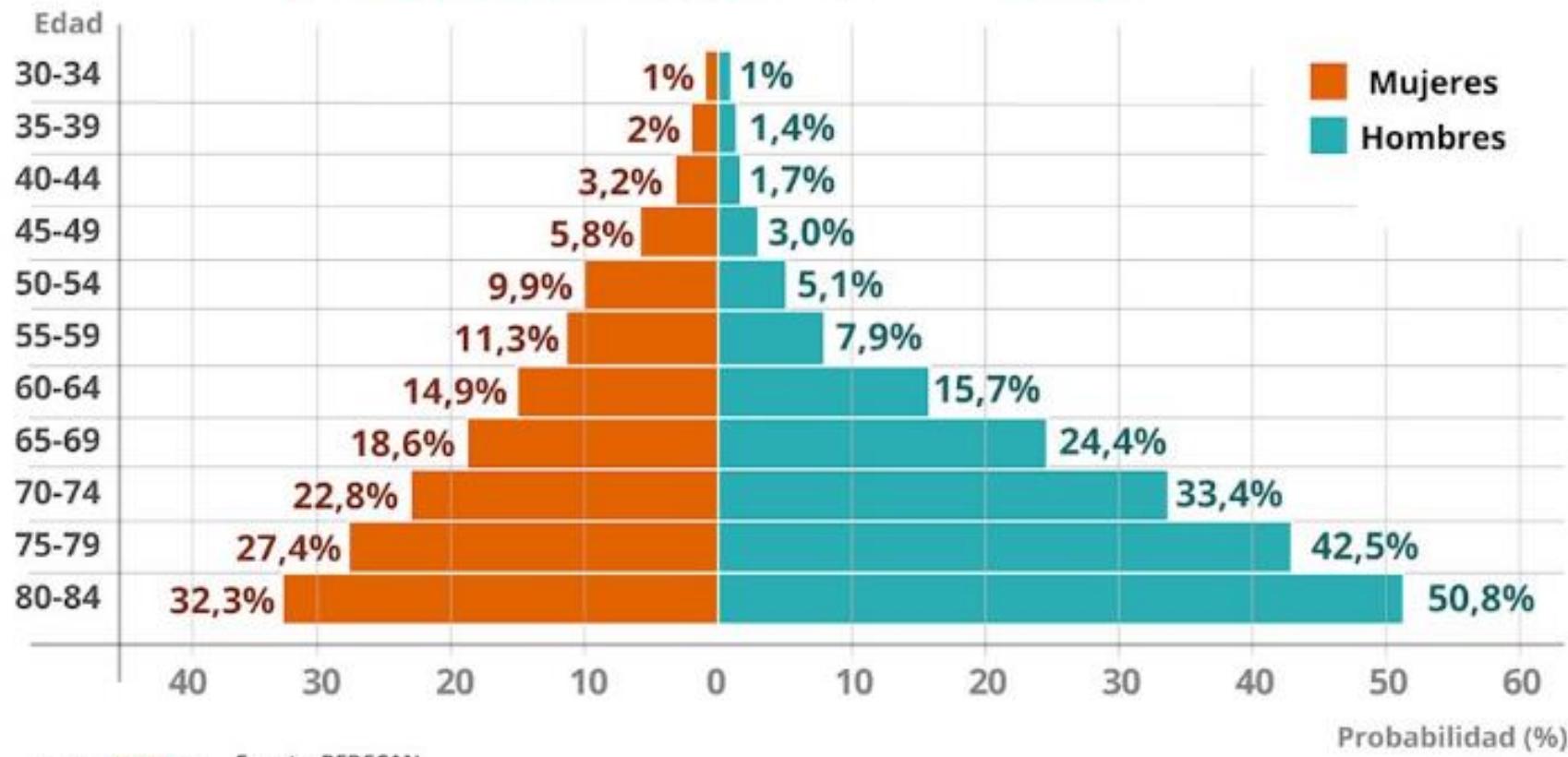


# PROBABILIDAD DE DESARROLLAR UN CÁNCER EN ESPAÑA 2019



SEOM 2019

## Así aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer según la edad



europapress.es

Fuente: REDECAN

## ESTIMACIÓN DE NUEVOS CASOS DE CÁNCER EN ESPAÑA EN 2019

Tipo tumoral	N	Tipo tumoral	N
Cavidad oral y faringe	8.486	Ovario	3.548
Esófago	2.353	Próstata	34.394
Estómago	7.865	Testículo	1.302
Colon y recto	44.937	Riñón (sin pelvis)	7.331
Hígado	6.499	Vejiga urinaria	23.819
Vesícula biliar	2.873	Encéfalo y sistema nervioso	4.401
Páncreas	8.169	Tiroides	5.178
Laringe	3.305	Linfoma de Hodgkin	1.486
Pulmón	29.503	Linfomas no Hodgkin	9.082
Melanoma de piel	6.205	Mieloma	3.171
Mama	32.536	Leucemias	6.405
Cérvix uterino	1.987	Otros	15.717
Cuerpo uterino	6.682	Todos excepto piel no melanoma	277.234

<https://seom.org/dmcancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>

## Los más frecuentes tipos de cáncer por sexo

A nivel mundial		España	
HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Pulmón	Mama	Próstata	Mama
Próstata	Colon y recto	Pulmón	Colon y Recto
Colon y Recto	Pulmón	Colon y recto	Útero
Estómago	Cuello Uterino	Vejiga	Pulmón
Hígado	Estómago	Estómago	Ovario

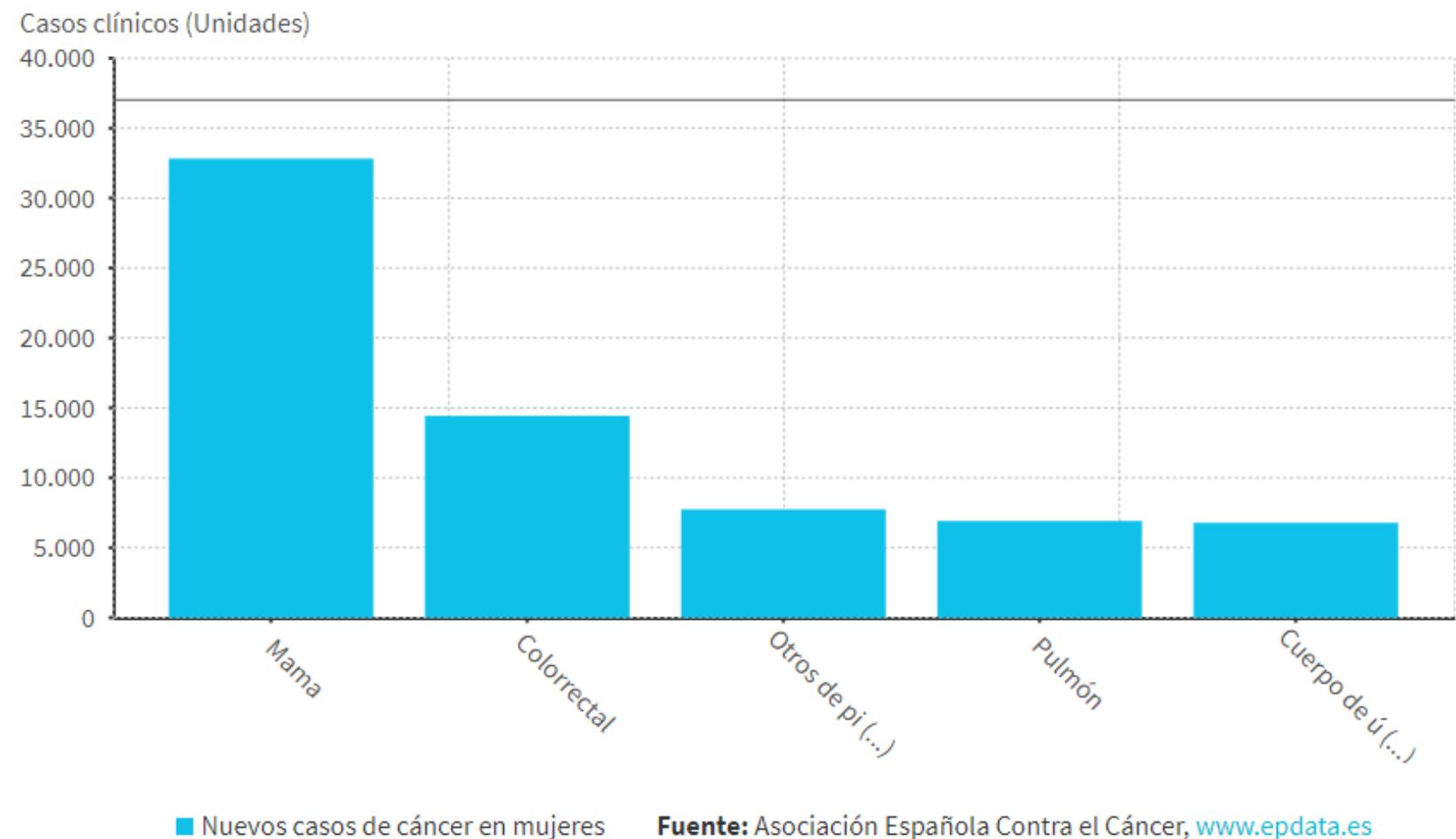
SEOM 2019

SEOM 2016



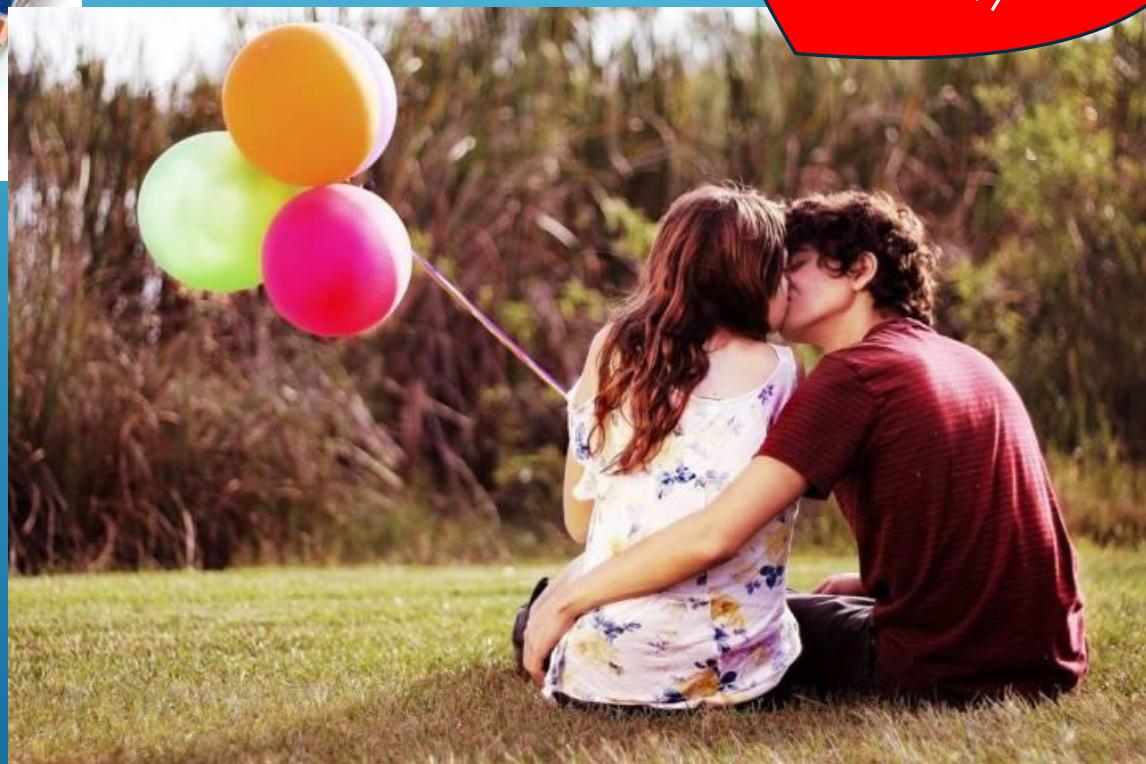
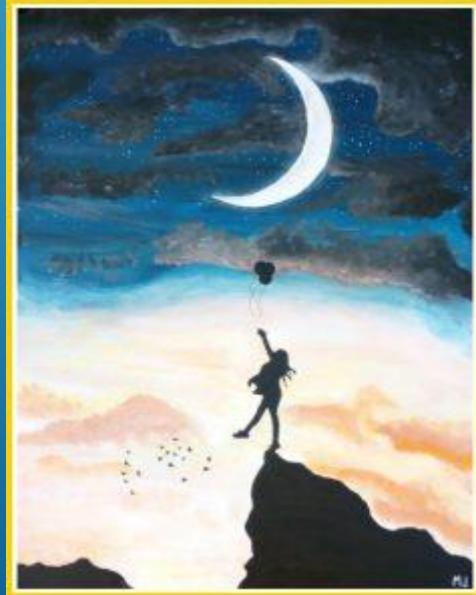
Centro Ginecológico  
Doctor García  
Pérez-Llantada

## Tipos de cáncer más frecuentes en mujeres





Infancia  
Niñez



Adolescencia  
Juventud  
Adulto joven

# CÁNCER EN MENORES DE 40 AÑOS

**EE.UU 70.000 nuevos cánceres en jóvenes entre 14 y 39 años**

**Los MAS frecuentes :** Linfoma de Hodgkin, leucemias, melanomas, cáncer de testículo, cáncer de tiroides , cáncer de mama , sarcomas , tumores óseos y cerebrales.

**Entre los 15 y 24 años:** Leucemia, Linfoma, cáncer de testículo y tiroides

**Entre los 25 y 39 años:** Melanomas y Cánceres de mama  
Cáncer gástrico (\*)

**SON EL 5% DEL TOTAL DE CANCERES DIAGNOSTICADOS EN EE.UU**

# Resultados sobre toda España

Nuevos casos detectados al año 

Número de casos detectados por  
cada 100.000 habitantes

INCIDENCIAS

INC. MUJERES

INC. HOMBRES

TASA TOTAL

TASA MUJERES

TASA HOMBRES

5.803

5.803

0

58

58

0

Número de resultados:

5

10

15

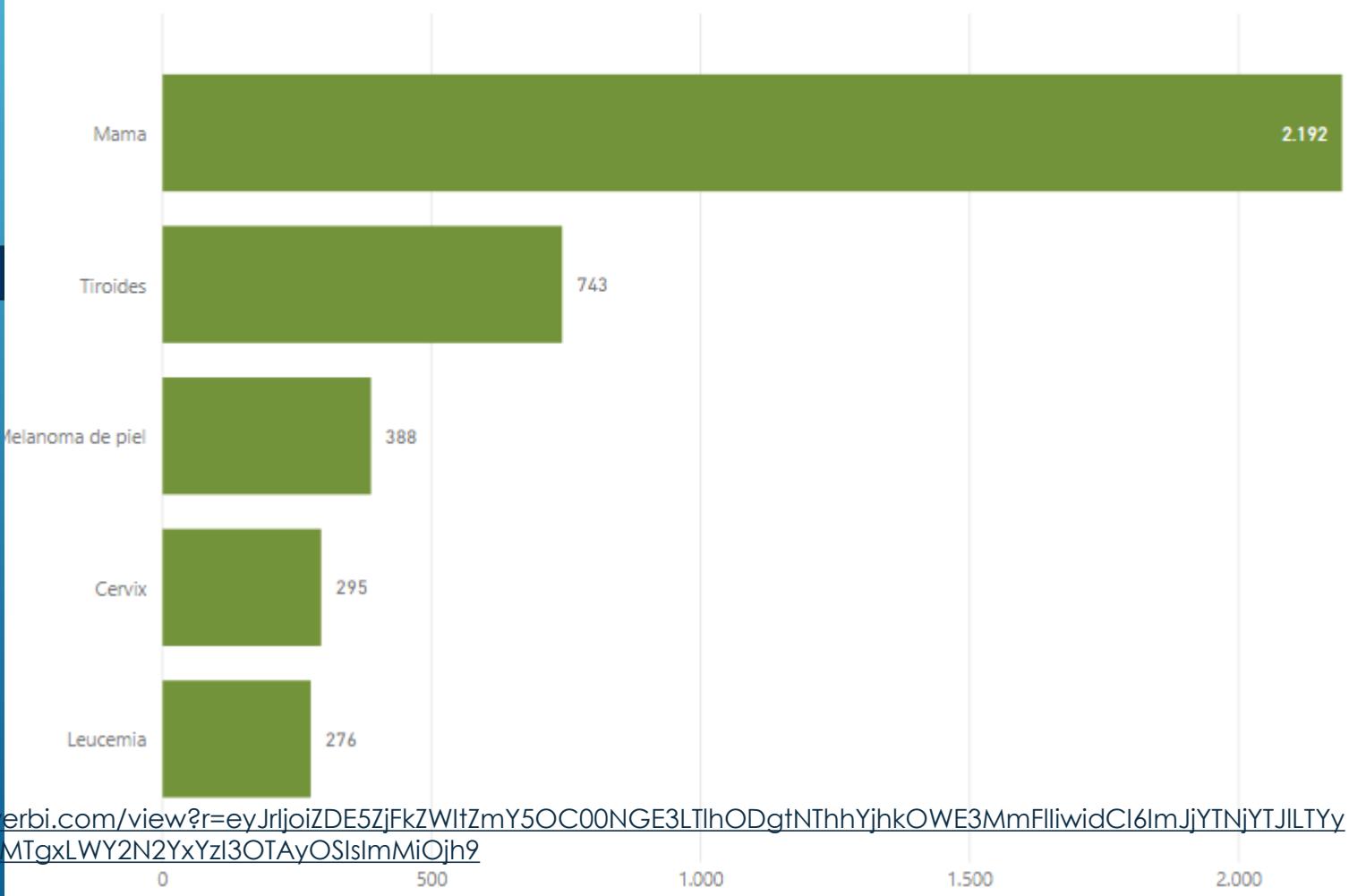
20

25

30

Todos

Nuevos casos detectados al año por tipo de cáncer



AECC 2019

0-39  
años

Cánceres de mamá en menores de 40 a son el 13% de todos los diagnosticados.

8,4% entre 36 y 39 años

España 277.234 nuevos casos de cánceres en 2019 (12% más que en 2015)



En España 18.500 nuevos canceres de mamá al año.

7% en mujeres menores de 40 años (4% en menores de 35 años)

# Cánceres hormono dependientes

**Mamá** Estrógenos y progesterona

**Próstata**. Testosterona

**Neuroendocrinos** . Somatostatinas

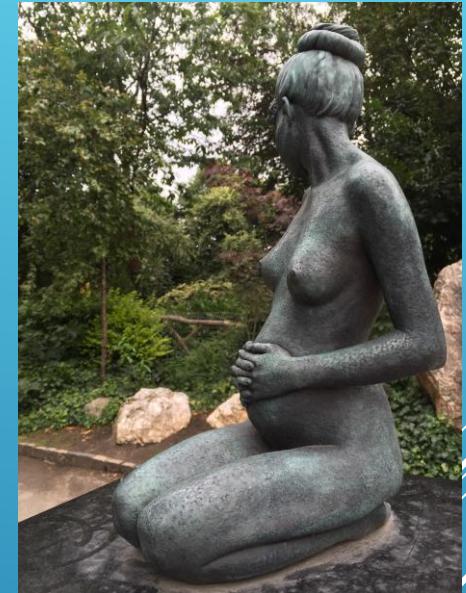
(T. carcinoides en ap. digestivo o pulmón)

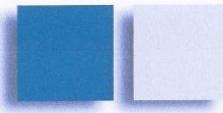
**Melanomas**. Estrógenos y progesterona

**Sarcomas** . Estrógenos y Progesterona

Mujer joven con cáncer y deseo gestacional

Todos los pacientes con cáncer en edad reproductiva deben ser informados de la posibilidad de realizar técnicas para la preservación de la fertilidad, ofreciendo esta orientación en las conversaciones previas al tratamiento oncológico





Documento de recomendaciones  
para la preservación de la fertilidad  
en pacientes con enfermedad  
de Hodgkin



...

<https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/preservacion/Fertilidad-en-enfermedad-de-HodgkinDEF.pdf>

**EL LINFOMA DE HODGKIN Y LA LEUCEMIA AGUDA LINFOCÍTICA TIENEN UNA SOBREVIDA SUPERIOR AL 80 Y 70 %, PERO CON UNA ALTA POSIBILIDAD DE PERDIDA DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA SIN SON TRATADAS EN LA ADOLESCENCIA (CON UNA REDUCCIÓN DEL 90% DE LAS CÉLULAS GERMINALES Y UNA ALTA TASA DE FALLO OVÁRICO PERMANENTE A PARTIR DE LOS 27 AÑOS) .**

**AMH. CRIOPRESERVACION OVOCITOS,  
TEJIDO OVÁRICO O EMBRIONES.  
MADURACION "IN VITRO".  
TRANSPOSICION OVÁRICA  
INTRAABDOMINAL. ANALOGOS DE LA  
GN-RH.**

## 2. ¿Cuál es el manejo y esquema de tratamiento de preservación de fertilidad en pacientes con HA/NIE o CEE grado 1?

- A** Las pacientes con HA/NIE o CEE grado 1 que soliciten preservación de fertilidad, deben ser remitidas a centros especializados (LoE V)
- A** En estas pacientes se debe realizar dilatación y legrado endometrial, con o sin histeroscopia (LoE IV).
- A** La HA/NIE o CEE grado 1 debe ser confirmado/diagnosticado por un ginecopediatólogo especialista (LoE IV)
- B** La RMN pélvica debe realizarse para excluir invasión miometrial y afectación anexial. El estudio ecográfico realizado por un experto, puede considerarse como una alternativa válida (LoE III)
- A** Las pacientes deben ser informadas que el tratamiento de preservación de la fertilidad es un tratamiento no estándar, debiendo explicarse los pros y los contras. Las pacientes tienen que aceptar un seguimiento estrecho y deber ser informadas de la necesidad de una hysterectomía futura (LoE V)
- B** Para las pacientes subsidiarias de preservación de fertilidad, el tratamiento recomendado es acetato de medroxiprogesterona (400-600 mg/día) o acetato de megestrol (160-320 mg/día). Sin embargo, el tratamiento con DIU-Levonorgestrel con o sin análogos de GnRH también puede ser considerado (LoE IV)
- B** Para evaluar la respuesta, debe realizarse una histeroscopia con legrado endometrial y prueba de imagen a los 6 meses. Si no se obtiene respuesta pasados 6 meses, se debe realizar un tratamiento quirúrgico estándar (LoE IV)
- B** En caso de respuesta completa, no se debe demorar la gestación, con lo que es recomendable remitir a Unidades de Reproducción (LoE IV)
- B** Se debe considerar mantener el tratamiento de mantenimiento en aquellas respondedoras que desean retrasar la gestación (LoE IV)
- B** Las pacientes que no se han realizado la hysterectomía deben ser clínicamente revaloradas cada 6 meses(LoE IV)
- B** Tras completar deseo gestacional, se recomienda la realización de hysterectomía y salpingooforectomía. La preservación de ovarios puede considerarse en función de la edad y factores de riesgo genéticos (LoE IV)



## GUÍA CLÍNICA CÁNCER DE ENDOMETRIO



- ▶ La atención de la paciente joven oncológica debe ser multidisciplinar e individualizada
- ▶ Las mujeres jóvenes ,con relaciones sexuales, con patología oncológica debería ser remitida al ginecólogo y al equipo especialista en infertilidad.
- ▶ Debe ser informada del riesgo a un embarazo durante el tratamiento oncológico
- ▶ Debe ser informada de los diferentes métodos contraceptivos con sus ventajas e inconvenientes así como sus posibles contraindicaciones. Para así buscar la mejor opción



SOCIEDAD AMERICANA DE ONCOLOGÍA CLÍNICA 2006



No se ha detectado aumento del riesgo de recurrencia de enfermedad asociado con la preservación de la fertilidad y el embarazo, incluso en tumores sensibles.

A parte de los síndromes de cáncer hereditario y la exposición intrauterina a la quimioterapia, no hay evidencia de que los antecedentes de cáncer, el tratamiento oncológico o las técnicas de preservación de fertilidad aumenten el riesgo de cáncer o anormalidades congénitas en la descendencia.

# ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON CÁNCER

## CRITERIOS OMS/SEC escala de riesgo/beneficio

Categoría	Descripción	Cuando la información clínica disponible sobre la mujer es suficiente	Cuando la información clínica sobre la mujer es limitada
1	Ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo	El método puede usarse en cualquier circunstancia	
2	Las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o demostrados	Ese método puede usarse de manera general, pero puede ser necesario un seguimiento cuidadoso	Puede usarse el método
3	Los riesgos teóricos o demostrados normalmente superan las ventajas de usar ese método. Un uso seguro requiere un juicio clínico cuidadoso y acceso a servicios clínicos	Métodos que no deben recomendarse normalmente a menos que otros más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables	No debe usarse ese método
4	Es una circunstancia que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo	Métodos que no deben utilizarse	

Modificada de: Protocolos SEC en anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal, 2013. Disponible en: [http://sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_Hormonal\\_Combinada\\_Oral\\_Transdermica\\_Vaginal.pdf](http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf)

<b>1</b>	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.	<b>3</b>	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
<b>2</b>	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.	<b>4</b>	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.
CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO	
<b>1</b>	Use el método en cualquier circunstancia	<b>Sí</b> (Use el método)	
<b>2</b>	En general, use el método		
<b>3</b>	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	<b>No</b> (No use el método)	
<b>4</b>	No se debe usar el método		

Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos -- 4<sup>a</sup> ed.. Organización Mundial de la Salud, 2012

# CRITERIOS OMS PARA MAC

MAMA

## Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos (UK - UKMEC 2016)

Condición	Categoria					
	I = iniciacion, C = continuacion					
Afecciones Mamarias	Cu-IUD	LNG-IUS	IMP	DMPA	POP	CHC
a) Nódulo sin diagnosticar	1	2	2	2	2	I 3 C 2
b) Enfermedad benigna de mama	1	1	1	1	1	1
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1
d) Portadoras con conocimiento de mutaciones genéticas asociadas con cáncer de mama (ej: BRCA1/BRCA2)	1	2	2	2	2	3
e) Cáncer de Mama						
i) actualmente	1	4	4	4	4	4
ii) pasado	1	3	3	3	3	3

### No precisan MAC:

Ooforectomizadas o con castración radioterápica

Tratamientos con quimioterapia que produzca menopausia precoz

### Métodos anticonceptivos recomendados:

DIU – Cu

### Ligadura de trompas

Diafragma

Preservativo

### Ca de mama y Tamoxifeno:

**SIU de Levonorgestrel** (Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel: sin pruebas de prevención del cáncer de endometrio en las pacientes con cáncer de mama que toman tamoxifeno )-- Revisión de Cochrane

Univadis Clinical Summaries. Cochrane Database. Syst Rev de Miriam Davis, PhD Univadis Clinical Summarie 17 dic. 2015

Patología endometrial en el cáncer de mama. Tesis doctoral del Dr Javier Valdes Pons 2011 pg 59

## Ca. Ginecológicos

### Cáncer de Cervix:

**Los Anticonceptivos hormonales tomados durante 10 años en mujeres de 20 a 30 años aumenta la incidencia acumulada de CCU a los 50 años de 3,8 a 4,5 por 1000 mujeres en los países desarrollados y entre 7,3 a 8,3 por 1000 en los países en vías de desarrollo.**

**La suma HPV persistente+ Tabaco+ ACOs (+ de 10 años) alto riesgo de CCU.**

AEPCC Guías Métodos anticonceptivos, infección VPH y lesiones premalignas de cuello uterino 2018 pg 19-20

### Cáncer de Endometrio:

**Las hiperplasias endometriales con atipia (en mujeres jóvenes con deseo de descendencia) pueden ser tratadas con SIU de Levonorgestrel.**

BENEFICIOS NO ANTICONCEPTIVOS DEL SISTEMA DE LIBERACION INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL

Enrique Bagnati; Eugenia Cualli de Trumper

Revista SAEGRE Vol XIX-Nº2-Agosto 2012

Lancet. 2003 Apr 5;361(9364):1159-67.

## Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review.

Smith JS<sup>1</sup>, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, Franceschi S, Beral V.

Author information International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.

CERVIX

### Abstract

#### BACKGROUND:

Human papillomavirus (HPV) is believed to be the most important cause of cervical cancer. Recent studies suggest that long duration use of oral contraceptives increases the risk of cervical cancer in HPV positive women.

#### METHODS:

Results from published studies were combined to examine the relationship between invasive and in situ cervical cancer and duration and recency of use of hormonal contraceptives, with particular attention to HPV infection.

#### FINDINGS:

28 eligible studies were identified, together including 12531 women with cervical cancer. Compared with never users of oral contraceptives, the relative risks of cervical cancer increased with increasing duration of use: for durations of approximately less than 5 years, 5-9 years, and 10 or more years, respectively, the summary relative risks were 1.1 (95% CI 1.1-1.2), 1.6 (1.4-1.7), and 2.2 (1.9-2.4) for all women; and 0.9 (0.7-1.2), 1.3 (1.0-1.9), and 2.5 (1.6-3.9) for HPV positive women. The results were broadly similar for invasive and in situ cervical cancers, for squamous cell and adenocarcinoma, and in studies that adjusted for HPV status, number of sexual partners, cervical screening, smoking, or use of barrier contraceptives. The limited available data suggest that the relative risk of cervical cancer may decrease after use of oral contraceptives ceases. However, study designs varied and there was some heterogeneity between study results.

#### INTERPRETATION:

Although long duration use of hormonal contraceptives is associated with an increased risk of cervical cancer, the public health implications of these findings depend largely on the extent to which the observed associations remain long after use of hormonal contraceptives has ceased, and this cannot be evaluated properly from published data.

Comment in Hormonal contraception and cervical cancer. [Lancet. 2003]

CERVIX

## Hormonal contraceptive use and smoking as risk factors for high-grade cervical intraepithelial neoplasia in unvaccinated women aged 30-44 years: A case-control study in New South Wales, Australia.

Xu H<sup>1</sup>, Egger S<sup>2</sup>, Velentzis LS<sup>3</sup>, O'Connell DL<sup>4</sup>, Banks E<sup>5</sup>, Darlington-Brown J<sup>2</sup>, Canfell K<sup>6</sup>, Sitas F<sup>7</sup>.

### Author information

- 1 Sydney School of Public Health, University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia.
- 2 Cancer Research Division, Cancer Council NSW, Woolloomooloo, Sydney, NSW, Australia.
- 3 Cancer Research Division, Cancer Council NSW, Woolloomooloo, Sydney, NSW, Australia; Melbourne School of Population and Global Health, Centre for Epidemiology and Biostatistics, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia.
- 4 Sydney School of Public Health, University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia; Cancer Research Division, Cancer Council NSW, Woolloomooloo, Sydney, NSW, Australia; School of Medicine and Public Health, University of Newcastle, Australia.
- 5 National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, Canberra, ACT, Australia; The Sax Institute, Sydney, Australia.
- 6 Sydney School of Public Health, University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia; Cancer Research Division, Cancer Council NSW, Woolloomooloo, Sydney, NSW, Australia; Prince of Wales Clinical School, Faculty of Medicine, University of New South Wales, NSW, Australia. Electronic address: karen.canfell@nswcc.org.au.
- 7 Sydney School of Public Health, University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia; School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales Australia, Kensington, Australia.

### Abstract

**BACKGROUND:** Human papillomavirus (HPV) vaccines protect against HPV types 16/18, but do not eliminate the need to detect pre-cancerous lesions. Australian women vaccinated as teenage girls are now entering their mid-thirties. Since other oncogenic HPV types have been shown to be more prevalent in women  $\geq 30$  years old, understanding high grade cervical lesions in older women is still important. Hormonal contraceptives (HC) and smoking are recognised cofactors for the development of pre-malignant lesions.

**METHODS:** 886 cases with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 2/3 and 3636 controls with normal cytology were recruited from the Pap Test Register of NSW, Australia. All women were aged 30-44 years. Conditional logistic regression was used to quantify the relationship of HC and smoking to CIN 2/3 adjusted for various factors.

**RESULTS:** Current-users of HC were at higher risk for CIN 2/3 than never-users [odds ratio (OR) = 1.50, 95%CI = 1.03-2.17] and risk increased with increasing duration of use [ORs: 1.13 (0.73-1.75), 1.51 (1.00-2.72), 1.82 (1.22-2.72) for <10, 10-14,  $\geq 15$  years of use; p-trend = 0.04]. Ex-users had risks similar to never-users (OR 1.08, 95%CI = 0.75-1.57) regardless of duration of use. Current smoking was significantly associated with CIN 2/3 (OR = 1.43, 95%CI = 1.14-1.80) and risk increased with increasing number of cigarettes/day (p-trend = 0.02). Among ex-smokers, the risk of CIN 2/3 decreased with increasing time since quitting (p-trend = 0.04).

**CONCLUSIONS:** In this benchmark study, current, long term users of HC and current smokers of  $\geq 5$  cigarettes/day were each at increased risk of developing CIN 2/3. Findings support smoking cessation in relation to decreasing the risk of pre-cancerous lesions and reinforce the continuing need for cervical screening for cancer prevention in vaccinated and unvaccinated populations.

## Ca. Ginecológicos

**PUEDEN USAR ACOs (OMS 1-2)**

Los SIL (OMS 2)

Los VIN y el Ca escamoso vulvar (OMS 2)

Ca Ovario (tratamiento conservador) (OMS 1)

Ca Trompa (tratamiento conservador) (OMS 1)

Enf. Trofoblástica Maligna (OMS 1)



**LOS DIUs-Cu y SIU-LNG (OMS 1-2)**

Los SIL (OMS 2)

Ca Ovario (OMS 1)

Ca Trompa (OMS 1)

Ca Endometrio (**SIU-LNG solo**) OMS 2

**A pooled analysis of case-control studies of thyroid cancer. III. Oral contraceptives, menopausal replacement therapy and other female hormones.**

**La Vecchia C<sup>1</sup>, Ron E, Franceschi S, Dal Maso L, Mark SD, Chatenoud L, Braga C, Preston-Martin S, McTiernan A, Kolonel L, Mabuchi K, Jin F, Wingren G, Galanti MR, Hallquist A, Lund E, Levi F, Linos D, Negri E.**

Author information 1

Laboratory of General Epidemiology Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milan, Italy. EVANEGRI@IRFMN.MNEGRI.IT

Abstract

OBJECTIVE:

The relations between oral contraceptives (OC), hormone replacement therapy (HRT) for menopause, and other female hormone use and thyroid cancer risk was analyzed using the original data from 13 studies from North America, Asia and Europe.

METHODS:

Based on 2,132 cases and 3,301 controls, odds ratios (OR) and the corresponding 95% confidence intervals (CI) were obtained by conditional regression models, conditioning on study and age at diagnosis, and adjusting for age, radiation exposure and parity.

RESULTS:

Overall, 808 (38%) cases versus 1,290 (39%) controls had ever used OCs, corresponding to an OR of 1.2 (95% CI 1.0 to 1.4). There was no relation with duration of use, age at first use, or use before first birth. The OR was significantly increased for current OC users (OR = 1.5, 95% 1.0 to 2.1), but declined with increasing time since stopping (OR = 1.1 for > 10 years since stopping). The association was stronger for papillary cancers (OR = 1.6 for current users) than for other histologic types. No significant heterogeneity was observed across studies or geographic areas. Eight studies had data on HRT, for a total of 1,305 cases and 2,300 controls: 110 (8%) cases and 205 (9%) controls reported ever using HRT (OR = 0.8; 95% CI 0.6 to 1.1). The ORs were 1.6 (95% to 0.9 to 2.9) for use of fertility drugs, and 1.5 (95% CI 1.1 to 2.1) for lactation suppression treatment.

CONCLUSIONS:

**The studies considered in these analyses include most of the epidemiological data on the role of exogenous hormone use in the etiology of thyroid cancer, and they provide reassuring evidence on the absence of an association of practical relevance.** The moderate excess risk in current OC users, if not due to increased surveillance for thyroid masses among OC users, is similar to that described for breast cancer, and would imply a role of female hormones on thyroid cancer promotion. There was no indication of increased thyroid cancer risk 10 or more years after discontinuing OC use.

TIROIDES

## BMI, diet and female reproductive factors as risks for thyroid cancer: a systematic review.

Peterson E<sup>1</sup>, De P, Nuttall R.

TIROIDES

### [Author information](#)

1 University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Division of Epidemiology, Toronto, Ontario, Canada.

### Abstract

**BACKGROUND:** Thyroid cancer incidence rates have been increasing worldwide but the reason behind this is unclear. Both the increasing use of diagnostic technologies allowing the detection of thyroid cancer and a true increase in thyroid cancer incidence have been proposed. This review assesses the role of body mass index (BMI), diet, and reproductive factors on the thyroid cancer trend.

**METHODS:** Epidemiologic studies of the selected risk factors up to June 2010 were reviewed and critically assessed.

**RESULTS:** Among the thirty-seven studies reviewed and despite variation in the risk estimates, most papers supported a small but positive association for BMI (risk estimate range: 1.1-2.3 in males and 1.0-7.4 in females.). Among specific dietary components, there was no consistent association of thyroid cancer risk with iodine intake through fortification (risk estimate range: 0.49-1.6) or fish consumption (risk estimate range 0.6-2.2), nor with diets high in cruciferous vegetables (risk estimate range 0.6-1.9). A small number of studies showed a consistent protective effect of diets high in non-cruciferous vegetable (risk estimate range: 0.71-0.92). Among reproductive factors (pregnancy, parity, number of live births, use of prescription hormones, menstrual cycle regularity, and menopausal status), none were consistently associated with higher thyroid cancer risk.

**CONCLUSIONS:** BMI had the strongest link to thyroid cancer risk among those examined. Detailed examinations of population-level risk factors can help identify and support prevention efforts to reduce the burden of thyroid cancer.

HIGADO

## ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Condición/Afección	Categoría	Comentario Adicional
Cirrosis Moderada/compensada	3	
Cirrosis severa/descompensada	4	←
Tumores hepáticos benignos	4	No Utilizar
Tumores hepáticos malignos	4	←
Talasemia	1	
Anemia de células falciformes	2	
Anemia ferropénica	1	

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS,  
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD, MEDICINA Capítulo  
Segundo Dr. Álvaro Monterrosa Castro, M.D

Cánceres  
familiares

**Síndrome de Lynch** (síndrome de cáncer de colon no polipósico hereditario) asociado a cánceres de colon, páncreas, vía biliar, intestino delgado, endometrio, útero, ovario y pelvis renal

Mutación BRIP 1, MLH, MSH 2, MSH 6 y PMS 1 y 2

**Poliposis Adenomatosa familiar** ( asociado a cánceres de colon, T. dermoides, hepatoblastoma, tiroides, cerebro, páncreas, vías biliares, adrenal y osteomas)

Mutación APC

(portador de una mutación no es sinónimo de cáncer, significa tener un mayor riesgo de desarrollar uno o varios tipos de cáncer).

[HTTPS://SEOM.ORG/INFORMACION-SOBRE-EL-CANCER/CONSEJO-GENETICO?SHOWALL=1](https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/consejo-genetico?showall=1)

**Los anticonceptivos hormonales disminuyen el riesgo de cáncer de ovario, colon y endometrio. El efecto protector parece mantenerse después de abandonar el uso del método.**

Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study.

Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC  
Am J Obstet Gynecol. 2017 Jun;216(6):580.e1-580.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.002. Epub 2017 Feb 8.

**El Glioma es un 29% menos frecuente en pacientes que toman ACOS comparando con pacientes que nunca los han tomado**

QI ZY, SHAO C, ZHANG X, HUI GZ, WANG Z. EXOGENOUS AND ENDOGENOUS HORMONES IN RELATION TO GLIOMA IN WOMEN: A META-ANALYSIS OF 11 CASE-CONTROL STUDIES. PLOS ONE. 2013;8(7): E68695.

**Métodos naturales : Ogino-Knaus, Temperatura basal, Estudio del moco cervical o Billings , Método sintotérmico (Temperatura y Moco), Método Persona.**

**Se basan en el conocimiento fisiológico del ciclo**

**No presenta objeciones morales ni religiosas**

**Tiempo de aprendizaje**

**Enseñados por personal cualificado**

**Motivación de ambos miembros de la pareja**

**Asumir un margen de inseguridad**

**Abstinencia periódica o métodos de barrera (días fértiles)**

**Eficacia del 94 – 98%**

Según la OMS cualquier mujer puede ser usuaria de estos métodos, siempre que los aprenda a manejar adecuadamente y su pareja esté dispuesta a aceptar la responsabilidad compartida en la adopción de cambios en la conducta sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual.

**Tabla 1.1 Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso típico y durante el primer año de uso perfecto de la anticoncepción, y porcentaje de mujeres que continúa el uso al final del primer año en los Estados Unidos**

Método	% de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso		% de mujeres que continúan el uso al año <sup>c</sup>
	Uso típico <sup>a</sup>	Uso perfecto <sup>b</sup>	
Sin método <sup>d</sup>	85	85	
Espermicidas <sup>e</sup>	28	18	42
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24		47
Standard Days Method® (método de días fijos) <sup>f</sup>	—	5	—
TwoDay Method® (método de los dos días) <sup>f</sup>		4	
Método de la ovulación <sup>f</sup>		3	
Método sintotérmico		0,4	
Coito interrumpido	22	4	46
Esponja anticonceptiva			36
Mujeres que han tenido 1 o más partos	24	20	
Nulíparas	12	9	
Preservativo <sup>g</sup>			
Femenino	21	5	41
Masculino	18	2	43
Diafragma <sup>h</sup>	12	6	57
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche Evra®	9	0,3	67
NuvaRing® (anillo)	9	0,3	67
Depo-Provera®	6	0,2	56
Anticonceptivos intrauterinos			
ParaGard® (T con cobre)	0,8	0,6	78
Mirena® (levonorgestrel)	0,2	0,2	80
Implanon®	0,05	0,05	84
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos

**Tercera edición, 2018**



**Organización Mundial de la Salud**

## Métodos contraceptivos más usados por mujeres españolas

**71,1% USAN ALGUN METODO CONTRACEPTIVO**

28,4 % PRESERVATIVO

26,8 % ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

20,7 % “DOBLE MÉTODO”

3,5 % DIU-Cu

3,4 % SIU-Hormonal

7,8 % Métodos quirúrgicos

1 % Otros

**24,8% NINGUNO**

Encuesta SEC de anticoncepción 2016

## Métodos contraceptivos más usados por pacientes oncológicas

Preservativo	25,5
Hormonal	24,5
Ligadura de Trompas	21,3
Vasectomía	17,5
DIU	7,2
Otros	4

[Contraception.2014 May;89\(5\):466-7.doi:10.1016](#)

	ACOs	Pil.Prog	Inyectable	Implante	DIU-Cu	SIU-LNG		
Ca Cuello uterino No Tratado	2	1	2	2	4	4		
Ca Cervix EIA1 con deseo de descendencia	2	1	2	2	4	4		
CIN/SIL	2	1	2	2	2	2	ACOs/Tabaco	
Ca Ovario	1	1	1	1	1	1		
Disgerminoma/T.Cels	1	1	1	1	1	1		
Germinales								
Ca.Endometrio	1	1	1	1	4	2		
Ca Mama Actual	4	4	4	4	1	???		
Ca Mama + 5 años	3	3	3	3	1	???		
Ca.Mama y TMx						???		
Enf.Trofoblastica Maligna	1	1	1	1	4	4		
Ca Hígado	4	3	3	3	1	3		
Ca Tiroides	2	2	2	2	1	2	control de Tiroglobulina	
Ca Colon/Recto	1	1	1	1	1	1		
Ca Renal (cels.Claras)	1	1	1	1	1	1		
Linfomas y Leucemias	1	1	1	1	1	1		

Anticoncepcion en pacientes oncológicas

## **BENEFICIOS PROBADOS de los ACOs en patología oncológica**

Reducen el riesgo de cáncer de ovario

Incluso en población BRCA 1-2 +

Reducen el riesgo de cáncer de endometrio

Reducen el riesgo de cáncer de colon

NO aumentan el riesgo de cáncer de mama (¿BRCA1?)

**LOS ACOs NO SE ASOCIAN CON NINGUN INCREMENTO DEL RIESGO DE CANCER**

**El Preservativo , los métodos de barrera y los DIUs de cobre pueden ser usado en cualquier paciente oncológica con una categoría OMS/SEC 1**



**Los métodos quirúrgicos (ligadura de trompas) tienen una categoría OMS/SEC 1**



**Los métodos naturales pueden ser usados en cualquier paciente oncológica**



**Los ACOs NO incrementan el riesgo de padecer ningún tipo de cáncer.**

# CONCLUSIONES:

Los cánceres en población “joven” son más frecuentes de lo que se cree habitualmente.

Las pacientes jóvenes oncológicas deben ser informadas de los riesgos secundarios a sus tratamientos, al asesoramiento en temas de infertilidad y de anticoncepción.

El tratamiento de las pacientes oncológicas jóvenes debe ser multidisciplinar.

Los anticonceptivos orales han demostrado ser muy útiles en la prevención del cáncer de ovario, colon y endometrio.

La mayoría de las pacientes oncológicas pueden usar como método contraceptivo el preservativo, los métodos de barrera , los métodos naturales o los DIUs –Cu y en muchos casos los ACOs.

# CONCLUSIONES:

Los ACOs NO aumentan el riesgo de desarrollar ningún tipo de cáncer (excepto en la asociación con el tabaco y la persistencia del HPV para el CCU).

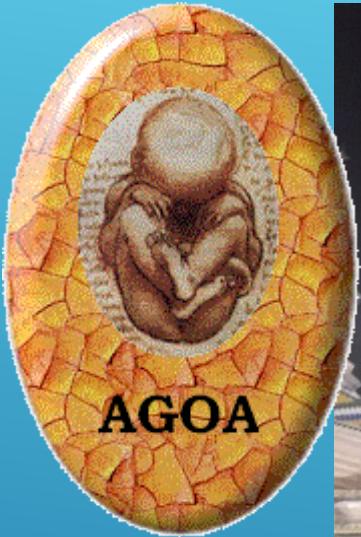
En los cánceres No ginecológicos (Tiroides, Renal, Colon, Recto, Sarcomas, Linfomas, Leucemias, Melanomas, Gliomas, Mielomas...) se puede recomendar los ACOs como método anticonceptivo.

El cáncer de hígado es una contraindicación absoluta para el uso de ACOs.

En los cánceres ginecológicos , excepto en el cáncer de mama, los ACOs pueden usarse con total tranquilidad.

Los DIUs-Cu están contraindicados en los cánceres de cérvix, endometrio y en la enf. Trofoblástica maligna.

El SIU-LNG es de elección en las pacientes con hiperplasias endometriales con atipia , incluidas las pacientes con cáncer de mama tratadas con tamoxifeno.



27 Y 28 de  
marzo 2020





MUCHAS GRACIAS

