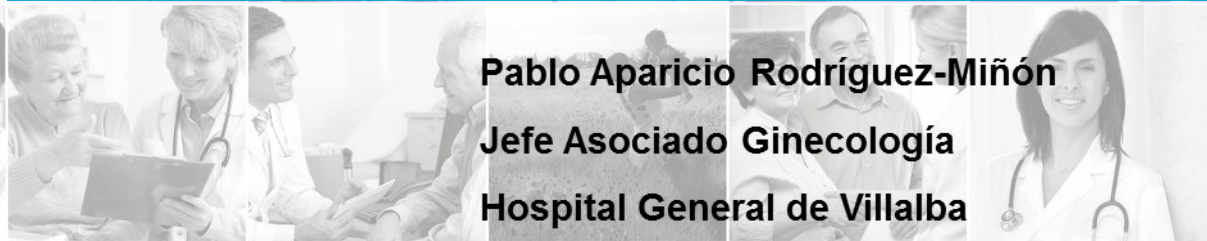




A.- Beneficios añadidos de los anticonceptivos

B.- Consejo contraceptivo



Pablo Aparicio Rodríguez-Miñón
Jefe Asociado Ginecología
Hospital General de Villalba

17/05/2018



A.- Beneficios añadidos de los anticonceptivos

© 2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Potential noncontraceptive benefits of cyclic estrogen-progestin contraceptives

- | |
|---|
| • Reduction in dysmenorrhea |
| • Reduction in pelvic pain related to endometriosis |
| • Reduction of menorrhagia, with improvement in iron deficiency anemia related to blood loss |
| • Reduction in risk of ectopic pregnancy |
| • Reduction in symptoms associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder |
| • Reduction in risk of benign breast disease |
| • Reduction in development of new ovarian cysts (true for higher-dose estrogen pills only, which suppress ovulation), but no effect on existing ovarian cysts |
| • Reduction in ovarian cancer, including some hereditary forms, such as those associated with mutations in the BRCA1 or BRCA2 gene, presumably due to inhibition of ovarian stimulation |
| • Reduction in endometrial cancer, due to the progestin effect |
| • Reduction in colorectal cancer in current users |
| • Reduction in moderate acne |
| • Reduction in hirsutism |
| • More regular menstrual cycles |

In addition, there may be a reduction in postmenopausal hip fracture risk for women who use estrogen-containing contraceptives in their 40s. Also, extended cycle or continuous estrogen-progestin contraception can reduce symptoms of menstrual migraine.

Graphic 82147 Version 2.0



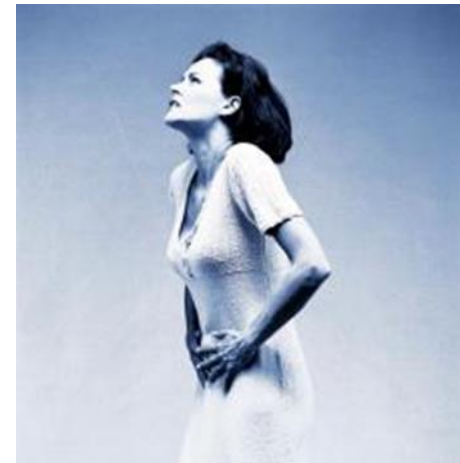
A.- Beneficios añadidos de los anticonceptivos

1.- Dismenorrea:

- Inhiben la ovulación.
- Adelgazan el endometrio
- Reducen la producción de PGs

2.- Protegen frente a EIP:

- Espesan el moco cervical
- Atenúan respuesta inflamatoria
- Disminuyen flujo retrogrado

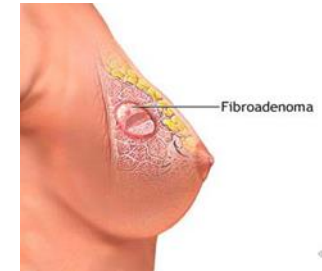




A.- Beneficios añadidos de los anticonceptivos

3.- Patología benigna de la mama:

- Disminuyen 30% riesgo de enfermedad fibroquística
- Disminuyen 60% riesgo de tumores benignos



4.- Protegen frente a quistes de ovario:

- Sólo si EE > 50 mcg

5.- Mejoran el Sd. premenstrual:

- Drospiridona
- Pautas sin descanso o 24/4





A.- Beneficios añadidos de los anticonceptivos

9.- Miomas:

- Usuarías de > 10 años



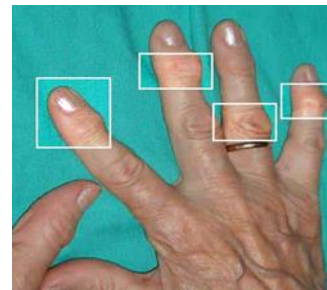
10.- Endometriosis

- Mejoran los síntomas
- Progresión de la enfermedad



11.- Artritis reumatoide

- Estudios contradictorios





A.- Beneficios añadidos de los anticonceptivos

12.- Protegen frente al Cáncer de Ovario:

- ↓ 40% el riesgo en usuarias actuales
- ↓ 80% si >10 años
- ↓ 50% en BRCA 1 y 2
- Suprimen la ovulación y aumento de apoptosis del epitelio ovárico

13.- Protegen frente a Cáncer de Endometrio:

- ↓ 50% el riesgo si >12 meses
- Suprimen actividad mitótica endometrial

14.- Protección frente al Cáncer de Colon



A'.- Problemas de los anticonceptivos

1.- Infarto Agudo de Miocardio:

Tabaco, Diabetes, HTA, Hiperlipidemia, Fiebre reumática, Historia familiar

2.- ACV

**Mismo riesgo si no otros factores
Tabaco e HTA
Migrañas**

3.- Tromboembolismo venoso:

**5/100.000 en no usuarias de ACH
15/100.000 en usuarias de LNG o NET (RRx3)
25/100.000 en usuarias de GSD o DSG (RRx5)
60/100.000 en gestantes (RRx12)**



Valorar AF y AP para estudio previo de trombofilia



**Hospital General
de Villalba**

SaludMadrid

Riesgo relativo

Factor de riesgo	Riesgo (RR)
HISTORIA FAMILIAR	
Familiar de primer grado	
Premenopáusica al diagnóstico	3.0
Enfermedad bilateral	5.0
Premenopáusica y enfermedad bilateral	9.0
Familiar de segundo grado	
Premenopáusica al diagnóstico	1.2
Posmenopáusica al diagnóstico	No incrementa el riesgo
MUTACIONES GERMINALES	
BRCA-1/BRCA-2	60-80%
P53	30-40%
CHEK-2	2.2
ALCOHOL	
3-9 bebidas por semana	1.3
>10 bebidas por semana	1.6
ANTICONCEPTIVOS ORALES	
Usuarías actuales	1.2
1-4 años, después suspensión	1.16
5-9 años, después suspensión	1.07
>10 años, después suspensión	1.0

Factores de riesgo	Riesgo (RR)
TERAPIA DE RESTITUCIÓN HORMONAL	1.1-1.4
FACTORES REPRODUCTIVOS	
Menarca antes de los 16 años	1.2
Menopausia después de los 50 años	1.5
Nuliparidad	2.0
Lactancia	4.3% disminución del riesgo
ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA	
Enfermedad fibroquística	No incrementa el riesgo
Hiperplasia ductal	1.3
Hiperplasia ductal atípica	4.3
Hiperplasia ductal atípica e historia familiar	11.0
RADIACIÓN DE LA MAMA	
Radiación a la mama contralateral	No incrementa el riesgo
Radiación de manto (Enf. de Hodgkin)	39.0
Sobrevivientes a bomba atómica	11.0



REFERENCES

1. Petitti DB. Clinical practice. Combination estrogen-progestin oral contraceptives. *N Engl J Med* 2003; 349:1443.
2. ESHRE Capri Workshop Group, Collins J, Crosignani PG. Endometrial bleeding. *Hum Reprod Update* 2007; 13:421.
3. Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, et al. Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD004861.
4. Chasan-Taber L, Stampfer MJ. Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 1998; 128:467.
5. Further analyses of mortality in oral contraceptive users. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Lancet* 1981; 1:541.
6. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:1545.
7. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339:b2890.
8. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339:b2921.
9. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD010813.
10. FDA Office of Surveillance and Epidemiology. Combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of cardiovascular disease endpoints. <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf> (Accessed on February 03, 2012).
11. European Medicines Agency. PhVWP Monthly report on safety concerns, guidelines and general matters, January 2012 - Issue number: 1201. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2012/01/WC500121387.pdf (Accessed on April 17, 2012).
12. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, et al. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:580.e1.
13. Jordan SJ, Wilson LF, Nagle CM, et al. Cancers in Australia in 2010 attributable to and prevented by the use of combined oral contraceptives. *Aust N Z J Public Health* 2015; 39:441.
14. Oral-contraceptive use and the risk of breast cancer. The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. *N Engl J Med* 1986; 315:405.
15. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer (Nurses' Health Study, United States). *Cancer Causes Control* 1997; 8:65.
16. Davidson NE, Helzlsouer KJ. Good news about oral contraceptives. *N Engl J Med* 2002; 346:2078.
17. Vessey M, Yeates D. Oral contraceptive use and cancer: final report from the Oxford-Family Planning Association contraceptive study. *Contraception* 2013; 88:678.
19. Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. *JAMA Oncol* 2018; 4:516.
20. Moorman PG, Havrilesky LJ, Gierisch JM, et al. Oral contraceptives and risk of ovarian cancer and breast cancer among high-risk women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31:4188.
21. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361:1159.
22. Lobo RA, Skinner JB, Lippman JS, Cirillo SJ. Plasma lipids and desogestrel and ethinyl estradiol: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65:1100.
23. LaRosa JC. Effects of oral contraceptives on circulating lipids and lipoproteins: maximizing benefit, minimizing risk. *Int J Fertil* 1989; 34 Suppl:71.
24. Foulon T, Payen N, Laporte F, et al. Effects of two low-dose oral contraceptives containing ethinylestradiol and either desogestrel or levonorgestrel on serum lipids and lipoproteins with particular regard to LDL size. *Contraception* 2001; 64:11.
25. Maheshwari S, Sarraj A, Kramer J, El-Serag HB. Oral contraception and the risk of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2007; 47:506.
26. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD003987.



B.- Consejo contraceptivo



 **socrative**
by MasteryConnect

 **Hospital General
de Villalba**
SaludMadrid



B.- Consejo contraceptivo

Medicina Reproductiva y Embriología Clínica (2018) 5, 1–10



Medicina Reproductiva y
Embriología Clínica

www.elsevier.es/mrec

ASEBIR

REVISIÓN

Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA)



Pilar Costillas-Caño^a, Ignacio Cristóbal-García^{b,c}, Gemma Falguera-Puig^d, Ana Rosa Jurado-López^e, Paloma Lobo-Abascal^f, Antonia María Obiol-Saiz^g y Joaquim Calaf-Alsina^{h,*}

^a Centro de Salud de Amorebieta. Universidad del País Vasco, Leioa, Bizkaia, España

^b Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital de La Zarzuela, Madrid, España

^c Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

^d Atenció de la Salut Sexual i Reproductiva, Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut (ICS). Grup de Recerca d'Atenció de Salut Sexual i Reproductiva (GRASSIR), Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España

^e Instituto Europeo de Sexología Marbella, Málaga, España

^f Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^g Centro de Salud Sexual y Reproductiva Fuente de San Luis, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

^h Càtedra d'Obstetricia i Ginecologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España



B.- Consejo contraceptivo

Definición

Práctica sanitaria que, mediante la aportación de información objetiva y equilibrada, permite la elección del método más idóneo, para lograr un óptimo estado de salud sexual y reproductiva

Objetivo

Que la mujer disponga y use de forma continuada el método con el que se sienta más cómoda en función de sus preferencias personales, sus intereses y sus preocupaciones, teniendo en cuenta su estilo de vida.



B.- Consejo contraceptivo

- Dónde se debe dar el consejo:
 - Distintos niveles asistenciales
- A quién y cuándo:
 - Cualquier mujer edad fértil, puerperio, IVE...
- Qué información dar:
 - Diferentes alternativas, criterios de elegibilidad
- Cómo dar la información:
 - Objetiva, entendible, carente de juicios de valor...

B.- Consejo contraceptivo

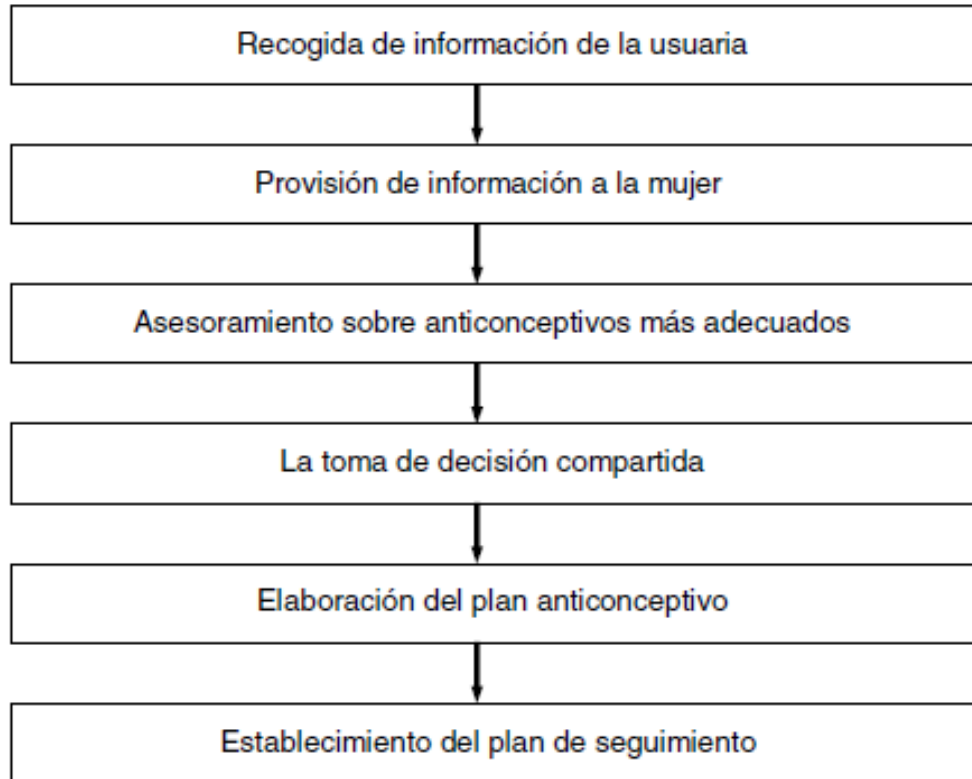
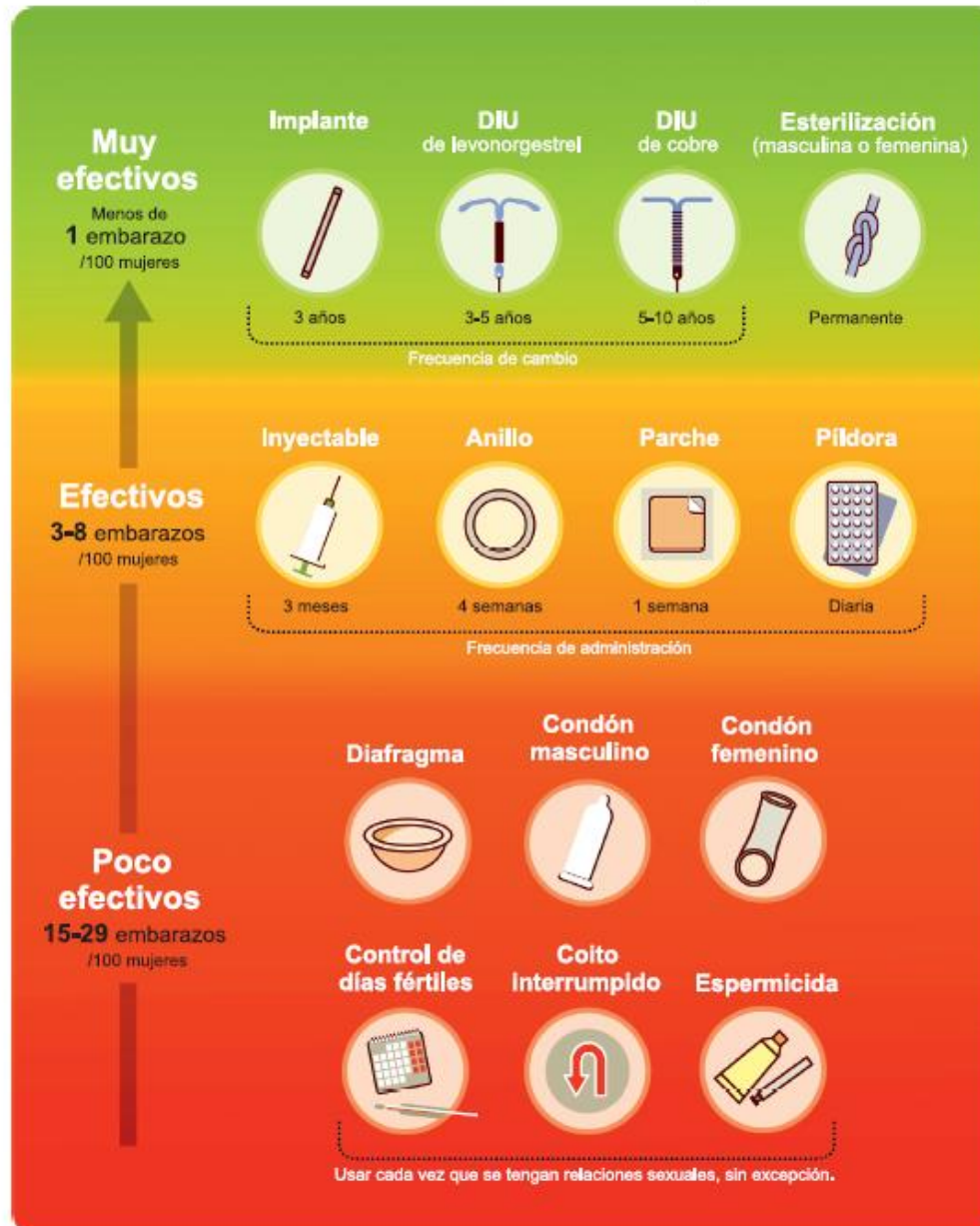


Figura 1 Componentes del asesoramiento anticonceptivo.
Fuente: adaptado de *Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs* (CDC, 2014).

Efectividad de los métodos anticonceptivos



Se indica el número de embarazos por año.
 DIU: dispositivo intrauterino.

Figura 2 Material de apoyo para la presentación de los diferentes métodos anticonceptivos, su efectividad y su duración (Wiegratz y Thaler, 2011; CCP y WHO, 2011).

Requisitos previos al inicio de un anticonceptivo

AHC

Anamnesis ✓

Exploración mamaria ✗

Exploración pélvico genital ✗

Cribado cáncer cervical ✗

Test rutinario de laboratorio ✗

Test hemoglobina ✗

Evaluación de riesgo ITS ✗

Test de cribado de ITS/VIH ✗

Cribado de presión sanguínea ✓

Parámetros biométricos ✓

DIU

Anamnesis ✓

Exploración ginecológica habitual ✓

Pruebas complementarias ✗

En pacientes de riesgo según anamnesis y exploración y en todos los casos de DIU e implante

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Organización Mundial
de la Salud



Muchas gracias