

Expertos piden un protocolo para la preservación de la fertilidad

La falta de coordinación entre ginecólogos y oncólogos influye en los pacientes a la hora de tomar una decisión



Se calcula que cada año alrededor de 55.000 pacientes menores de 35 años son diagnosticadas de algún tipo de cáncer. En ese rango de edad, los más frecuentes son el cáncer de mama, melanoma, cáncer de útero, linfomas y leucemias.

Pese a que la supervivencia de los pacientes oncológicos ha mejorado mucho con las terapias desarrolladas durante los últimos años, lo cierto es que en pacientes más jóvenes aparece la necesidad de recuperar la fertilidad cuando ya ha finalizado el tratamiento. Estas y otras ideas se comentaron durante el XXXV Encuentro organizado por la fundación Salud 2000 titulado 'Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos'. Así, se ha comprobado que preservar la fertilidad antes del tratamiento oncológico es tan importante para el paciente, que incluso sirve de apoyo emocional positivo para luchar contra el cáncer.

También es fundamental la comunicación entre oncólogos, ginecólogos y pacientes. La información es imprescindible sea cual sea la dirección en la que se produzca. Los profesionales deben alcanzar un equilibrio, sin perder de vista que el protagonista, nuevamente, tiene que ser el paciente. Se trata, sin duda, de ofrecer alternativas, y cuántas más mejor, para que los hombres y mujeres que se encuentran en una situación extremadamente delicada y que, además, quiere ser padres consigan tomar decisiones.

La edad de concepción es cada vez más tardía por lo que, cuando se habla de pre-

servación de la fertilidad, surgen ciertas dificultades. No es lo mismo que una mujer ya sea madre a los 34 años y que, posteriormente, tenga que someterse a un tratamiento oncológico que se prolongará entre cinco y diez años, a que se inviertan los papeles y deba recibir medicación, sin haber sido madre todavía. Cada caso debería analizarse con lupa, del mismo modo que cada tratamiento tiene que ser personalizado y que no todas las personas responden de igual manera, en función de sus características personales y el ambiente en el que se encuentra.

En primera línea, lo más importante para una mujer diagnosticada de cáncer es curarse y sobrevivir. A continuación, el pensamiento que irrumpe en su mente es el de querer ser madre. ¿Qué pasos debe dar para lograrlo? Son muchas las opciones disponibles para intentar tener un hijo una vez que el tratamiento oncológico ha terminado. Por un lado, la vitrificación de ovocitos: una técnica segura, eficaz y exitosa. Por otro, la congelación de la corteza ovárica que, pese a ser técnicamente más compleja, permite también conseguir un embarazo.

Además, tanto las clínicas IVI como la Fundación Jiménez Díaz tienen programas de preservación de la fertilidad gratuitos. ¿Cuál es el problema?, que la Seguridad Social no contempla la financiación de los tratamientos de fertilidad en todas las comunidades autónomas, lo que significa que la inequidad vuelve a convertirse en tema de debate.

“Hace falta establecer protocolos multidisciplinarios que permitan individualizar cada caso concreto y contribuyan a la preservación de la fertilidad especialmente en los tumores hormonodependientes. Así, los profesionales sabrían que hacer en cada situación”

Individualizar cada caso e informar de las diferentes opciones es clave

C. S.
MADRID

Cuántas pacientes estarían en situación de someterse a técnicas para preservar la fertilidad?, ¿cuántas desearían ser madres después de haberse sometido a terapias oncológicas?, ¿en qué casos sería posible? Éstas fueron algunas de las preguntas que surgieron durante el XXXV Encuentro organizado por la Fundación Salud 2000, que llevó por título 'Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos'. Un tema siempre presente, pero del que no siempre se ha hablado.

Los estudios publicados muestran que en torno a un 10 por ciento de las mujeres con cáncer de mama tiene menos de 40 años y que los tratamientos que reciben, sea quimioterapia u hormonoterapia, influyen en su fertilidad. Sumado al retraso de la maternidad, justifica que cada vez sea más frecuente encontrarse con pacientes oncológicos que no tengan hijos o que los tengan tarde.

La pregunta general que surgió durante el encuentro es por qué este asunto no se contempla en primer nivel. Vicente Valentín, miembro de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica de la Comunidad de Madrid, consideró que el tema de la fertilidad es "clave" y que el problema reside en que las prioridades se suelen jerarquizar una vez que la paciente ya está en un estadio de remisión.

Ante todo, indicó Valentín, se debe individualizar cada caso, en función del tumor que padezca, su estado psicológico, su cuadro clínico y si tiene o no familia ya constituida y no olvidar que el impacto psicológico de la capacidad de reproducción afecta de igual manera a hombres y mujeres.

A su vez, el secretario del Patronato de la Fundación Fundamed, Jesús Díaz, subrayó que debido al período de crisis que se ha vivido y a los cambios que se ha experimentado en este terreno, existen nuevas situaciones que deben ponerse sobre la mesa.

En este sentido, el jefe del Servicio de Oncología Médica de la clínica MD Anderson, Antonio González, recogió el guante y corroboró que la mayoría de los tratamientos oncológicos que reciben las pacientes impactan directamente en su fertilidad. Por ello, no es de extrañar que muchas mujeres apuesten por las diferentes opciones terapéuticas que existen para preservarla.

Sin embargo, prosiguió González,



Los expertos aseguraron que es imprescindible informar a los pacientes oncológicos de todas las posibilidades que existen para poder preservar la fertilidad y resaltaron la importancia de analizar cada situación de modo personalizado.

hay al menos tres barreras de acceso a este tipo de tratamientos. La primera, señaló, es la propia paciente, quien en el momento inicial solamente está preocupada por su vida y por cuál será el curso de la enfermedad. "Hay un meta-análisis de 2012 publicado en 'The Journal of the National Cancer Institute (JNCI)' en donde se estima que [la preservación de la fertilidad] no es una preocupación mayor para casi el 70 por ciento de las pacientes de series americanas", añadió, aunque en España, esa cifra se incrementa, precisó. La segunda barrera es la falta de concienciación en el gremio de oncólogos y la tercera la falta de protocolos que marquen las líneas de actuación, explicó. Asimismo, planteó que el tema presupuestario podría ser la cuarta barrera.

A pesar de estos frentes, Inés Díaz, gerente nacional de ventas de la Unidad de Fertilidad de Merck España, matizó que, a veces, "la prisa por tratar a un paciente oncológico es lo que impide que tanto un hombre como una mujer se puedan someter a un tratamiento para preservar la fertilidad".

Desde la Federación Española de Cáncer de Mama (Fecma), la vocal de la Junta Directiva, Toñi Gimón, se mostró de acuerdo con González e insistió en que la falta de sensibilidad y conciencia social por parte de las administraciones quizás sea el resultado de la falta de acuerdo que hay, incluso, entre los propios oncólogos.

Protocolos de actuación

Otro de los temas que surgieron durante el debate fue la creación de protocolos para saber cómo actuar en determinadas situaciones.

La presidenta ejecutiva de la FS2000, Carmen González Madrid apoyó esta idea, alegando que "a fin de que los pacientes puedan recibir una atención óptima, son necesarios protocolos de actuación y una buena coordinación entre oncólogos y ginecólogos".

Así, por ejemplo, desde las clínicas IVI y la Fundación Jiménez Díaz ya hay mecanismos establecidos. En IVI, el método que se emplea "es seguro, gratuito y eficaz y, además, de cada 10 ovocitos, tenemos un niño en casa", apuntó la directora médica de la clínica IVI de Valencia, Juana Crespo, al tiempo que hizo un inciso para indicar que

debe quedar claro que "preservar es diferente de embrazar". "Algo estaremos haciendo mal si, sabiendo que podemos ayudar de una manera social, desde 2009 no nos llegan más de 100 casos al año", agregó.

Por su parte, la directora de la Unidad de Reproducción Humana de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid), Cora Hernández destacó que en el grupo IDC tienen comunicación directa con los cirujanos, después de que estos hayan realizado una primera valoración de la paciente y aprovechó la ocasión para comentar que después de recibir a las pacientes en su consulta, tiene que derivarlas a otros hospitales porque estas técnicas no se cubren en todos los centros. Lo cierto es que en la Comunidad de Madrid, indicó, sólo se cubren en dos hospitales.

Quizás la falta de estas normativas multidisciplinarias es lo que impide que muchas mujeres se

decidan antes a emplear métodos para preservar su fertilidad. "Ni siquiera la Sociedad Americana de Oncología Médica tiene definidos claramente protocolos", dijo Valentín, quien no se mostró extrañado ante la inexistente documentación al respecto que hay en España. Sin embargo, abogó por su creación. "Me gustaría que por parte de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) hubiese protocolos conjuntos de acción y de preservación de la fertilidad", agregó.

En relación con este tema, el director médico de la clínica IVI de Bilbao, Marcos Ferrando aseguró que ya se estaban llevando a cabo ciertos protocolos, pero que el proceso "va lento" y, por otro lado, Hernández señaló que una vez superado el primer paso—creación de un protocolo multidisciplinario—, lo importante es que todos los conozcan y que las autoridades sanitarias estén implicadas.

En esta línea, Gimón lanzó un órdago a los máximos responsables del sector salud al apostar por una Cartera de Servicios "única" para todas las comunidades autónomas. De esta forma, subrayó, no habría problemas y se reducirían las inequidades. "Si no se ponen de acuerdo quienes gestionan la sanidad en las 17 autonomías, no podemos hacer nada", recalzó.

No en todas las regiones se realizan las mismas técnicas, ni se ejecutan los pasos de igual manera. De nuevo, el tema de la inequidad salió a la palestra. Hay comunidades que tienen todas las opciones cubiertas por el sistema público y otras, en cambio, no, afirmó Ferrando. Según Hernández, debería existir un consenso, para que aquellas pacientes que vitrifican ovocitos puedan utilizarlos en el sistema

Los asistentes al debate

público o privado y que no se encuentren "con un muro" cuando llegan a la Seguridad Social. Son muchas las mujeres que se tienen que costear el tratamiento de fecundación y que no pueden permitírselo. Para ello, deberían acortarse las carteras de servicios, donde se definiría en qué situaciones se financia la fecundación *in vitro*, apuntó.

Otro asunto es a qué pacientes se les puede preservar la fertilidad. ¿A todos?, ¿incluso en un estadio IV? Ante estas preguntas, la respuesta no estaba clara. Mientras, Crespo subrayó que "no hay nada que perder", González manifestó sus dudas. Y es que antes de poder realizar una vitrificación, los ginecólogos precisan una autorización por parte del oncólogo que está haciendo el seguimiento de la paciente. "Si tiene un cáncer de mama en estadio IV, nunca la autorizaría", indicó el oncólogo, al tiempo que Ferrando era rotundo: "entonces, no la embarazaré". No obstante, Gimón apoyó la idea de que esta decisión debería depender de cada paciente.

Diferentes opciones

En cualquier caso, apuntó Hernández, proporcionar información acerca de las alternativas con las que puede contar —vitrificación de ovocitos, donación de óvulos, congelación de corteza ovárica, etcétera— es "una obligación profesional, ética y legal". Hernández recalcó que

La vitrificación de ovocitos es una técnica segura y eficaz que además resulta mucho más sencilla que la congelación de corteza

todas estas opciones no aseguraban el embarazo y que, por tanto, hay que ser tremendamente objetivos y cuidadosos con las pacientes, para evitar que alberguen grandes esperanzas y después puedan sentirse frustradas.

A su vez, Crespo, insistió en que se ha llegado a un punto en el que es necesario "informar y formar a la sociedad" y eso pasa por lograr que los especialistas de oncología y ginecología se pongan de acuerdo. El bajo número de pacientes oncológicas que llegan a las clínicas IVI, hace que la doctora Crespo se cuestione si hay algo que se está haciendo mal. "Solamente recibimos unos 120 pacientes al año en toda España, aunque el 80 por ciento de los que vienen se deciden a hacerlo", comentó.

A esto hay que añadir que, de acuerdo con las nuevas directrices establecidas en el 50º Congreso de la Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO) celebrado el pasado mayo en Chicago (Estados Unidos), el uso de Tamoxifeno — medicamento empleado para tratar algunos tipos de cáncer— debería extenderse de los cinco

años que se administraba hasta ahora, a los diez años, anunció González. Eso significa que si una mujer empieza un tratamiento con 32 años, podría prolongarse hasta los 42. Si antes de haber empezado con el tratamiento nadie la informó de cuáles eran sus opciones, quizás sea demasiado tarde para que pueda tener hijos biológicamente suyos.

En este punto, se habló de las diferencias que existen entre esta técnica, altamente conocida y utilizada por muchos ginecólogos, y la congelación de la corteza ovárica.

"Como todo en medicina, no todo es bueno o malo, aunque, en líneas generales, contamos con más experiencia en vitrificación de ovocitos y cuando tienes una técnica que te da seguridad, tiendes a repetir el proceso", cercioró Crespo, quien, además, recordó que la congelación de la corteza es una técnica "más compleja". Lo ideal, para Ferrando, sería disponer y poder emplear ambas.

Falta de información

Para que los pacientes oncológicos, puedan ser padres en un futuro, es necesario que estén bien informados sobre la posibilidad que existe de preservar su fertilidad antes de iniciar el tratamiento.

El grupo de ginecólogos que asistieron al encuentro certificaron que, cuando una paciente se encuentra en consulta después que un oncólogo le haya dado un diagnóstico negativo, en lo único que piensa es en cuánto va a cambiar su vida, qué debe hacer para salvarla y de qué modo la medicación repercutirá en su día a día y no tanto en la preservación de la fertilidad.

Puede que en el primer momento, la paciente simplemente oiga lo que el ginecólogo le está contando, pero una vez que ha tenido tiempo para digerir toda la información es cuando se acerca de nuevo a la consulta —una mayoría lo hace— y empieza a escuchar.

"Si no las informas no se plantean su calidad de vida futura", insinúa, Hernández. Son muchas las opciones que se pueden recomendar, según el tipo de persona y la situación en la que se encuentre.

Teniendo todo esto presente y antes de cerrar el encuentro, Gimón apeló por un lenguaje "normal" y entendible por todos. Para ello, sugirió que no se empleen únicamente términos médicos ya que no todos los pacientes llegan a comprenderlos, debido a que el cáncer afecta a todo el mundo por igual independientemente de la clase social.

"La información es, sin duda, fundamental", concluyó González-Madrid.



Antonio González

Jefe del Servicio de Oncología Médica de la clínica MD Anderson Cancer Center.

"Honestamente, creo que los oncólogos no estamos suficientemente concienciados y debería hacerse una campaña para lograrlo".



Cora Hernández

Directora de la Unidad de Reproducción Humana de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

"Debería existir un consenso para que las mujeres que tienen ovocitos congelados no tengan que costearse el tratamiento".



Inés Díaz

Gerente nacional de ventas de la Unidad de Fertilidad de Merck España.

"A veces, las prisas impiden el que una mujer o un hombre puedan someterse a un tratamiento para preservar la fertilidad".



Juana Crespo

Ginecóloga especializada en Medicina Reproductiva y directora de la clínica IVI Valencia.

"A un 80 por ciento de las pacientes que nos mandan los oncólogos le preservamos la fertilidad, pero sólo nos envían unas 120 al año".



Toñi Gimón

Vocal de la Junta Directiva de la Federación Española de Cáncer de Mama (Fecma).

"Si la Cartera de Servicios fuera única para todas las CC.AA. no habría tantas inequidades y los pacientes evitarían muchos problemas".



Vicente Valentín

Miembro de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica de la Comunidad de Madrid.

"Me gustaría que la SEOM y la SEOR estableciesen protocolos de acción conjunta para la preservación de la fertilidad".



Marcos Ferrando

Ginecólogo especializado en Reproducción Asistida y director Médico de la clínica IVI Bilbao.

"Siempre habrá un riesgo de recaída que las pacientes asumen como parte de la dicotomía fertilidad versus vida".



Carmen González Madrid

Presidenta Ejecutiva de la Fundación Salud 2000.

"Para que los pacientes reciban una atención óptima se necesitan protocolos de actuación y coordinación entre oncólogos y ginecólogos".



Conclusiones

• **La preservación de la fertilidad es un tema que debería estar en la primera línea de la actualidad sanitaria, pero se encuentra en un segundo plano.**

Los asistentes al debate lo tuvieron claro: el tema de la fertilidad no se encuentra entre las principales preocupaciones de clínicos, ni tampoco de pacientes en el primer momento. Para darle el lugar que se merece es preciso individualizar cada caso y tener presente las características de cada persona. Sin duda es un asunto que hay que abordar y en el que hay que trabajar más para conseguir más y mejores resultados.

• **Es imprescindible la unificación de criterios entre CC.AA. para evitar problemas a los usuarios de la sanidad.**

Los expertos aunaron voces y se manifestaron en contra de las discrepancias que existen entre regiones e instaron a las autoridades pertinentes a que unifiquen criterios para que, por ejemplo, una vez que el paciente finalice la terapia oncológica, tenga la posibilidad de realizar el tratamiento de fecundación en el sistema público. Sin duda es fundamental que se presten los mismos servicios en las 17 comunidades autónomas.

• **Es imprescindible que las sociedades científicas establezcan protocolos multidisciplinarios.**

La creación de protocolos de actuación por parte de sociedades científicas como la SEOM y la SEOR facilitaría la labor de los profesionales, que sabrían qué hacer en cada situación. Tal y como han dicho los expertos, cada caso requiere de plena atención para poder abordarlo de la manera más adecuada; así que disponer de estas normativas supondría un nuevo avance.

• **Existe una falta de información y de concienciación por parte de los oncólogos ante las técnicas para preservar la fertilidad.**

Los propios oncólogos reconocieron sentirse poco concienciados con esta problemática. Ellos son quienes tienen capacidad para conocer el pronóstico de la persona enferma y deben

cuestionarse que, una vez curada, puede que quiera tener hijos. Esa idea la deben tener presente para poder recomendarle opciones adecuadas, según su situación. Además, la falta de concienciación se extrapola a las administraciones, sociedad y autoridades sanitarias.

• **Es imprescindible que exista coordinación entre ginecólogos y oncólogos.**

Este paso es primordial, sobre todo, antes del inicio del tratamiento, justo después de haber recibido el diagnóstico. En ese momento, debe haber un equilibrio casi perfecto entre ambos profesionales de modo que sean capaces de aconsejar a los pacientes y puedan ofrecerle la técnica que mejor se adapte a su caso. Una buena coordinación es sinónimo de éxito. Desde el año 2009 hasta ahora, las clínicas IVI solamente han realizado unas 500 vitrificaciones de ovocitos de este tipo de pacientes. Una cifra relativamente pequeña si se tiene en cuenta que son alrededor de 55.000 las mujeres que son diagnosticadas con algún tipo de cáncer y sabiendo que dicha técnica es eficaz y segura. Además, el éxito de la vitricación asciende hasta el 80 por ciento. No obstante, es muy importante remarcar que tanto esta técnica como la congelación de corteza ovárica son simplemente alternativas, no soluciones.

• **Cada paciente oncológico se merece una atención individualizada y un tratamiento acorde con su estadio de la enfermedad y su vida diaria.**

Éste es un tema que exige especial atención. De modo que tratar cada caso de manera individual, teniendo presente el tipo de tumor, las características psicológicas y clínicas de la persona, las posibles comorbilidades, etcétera, contribuye a facilitar la vida de la paciente. De esta forma, también es más sencillo plantearle los pros y contras de las diferentes opciones, sabiendo que esto las tranquiliza enormemente.

“Para que los pacientes afectados con una enfermedad oncológica, puedan ser padres en un futuro, es necesario que estén bien informados sobre las posibilidades que existen para preservar su fertilidad antes de iniciar el tratamiento oncológico”