
RECOMENDACIONES DEFINITIVAS

Recomendaciones definitivas 1	277
Recomendaciones definitivas 2	279
Recomendaciones definitivas 3	280
Recomendaciones definitivas 4	281

RECOMENDACIONES DEFINITIVAS 1

Contraindicaciones absolutas de los AHC

Es difícil extraer conclusiones dada la disparidad de compuestos usados y la falta de estudios clínicos aleatorizados para muchas de las situaciones actuales. La mayoría de los estudios analizados para esta pregunta son de calidad media-baja. Las pruebas son siempre indirectas pues no se ha demostrado que los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) empeoren las situaciones patológicas evaluadas.

El Jurado decidió sustituir el concepto de contraindicaciones por el de criterios de elección para adaptarnos a la nomenclatura internacional de la OMS. En este sentido se revisan todas las condiciones catalogadas como 3 y 4.

Es difícil extraer conclusiones por la disparidad de compuestos

Evidencia media-baja

Se sustituye el término "contraindicación" por el de "criterios de elección"

- Categoría 1: Ninguna restricción en el uso de AHC
- Categoría 2: Las ventajas superan a los riesgos
- Categoría 3: Los riesgos, generalmente, superan a los beneficios
- Categoría 4: No se debe usar

CONDICIÓN	CATEGORÍA	COMENTARIO
Lactancia materna < 6 semanas	4	
Lactancia materna de 6 semanas a 6 meses	3	
Postparto sin lactancia <21 días	3	
Edad >35 años y >15 cigarrillos diarios	4	
Edad >35 años y <15 cigarrillos diarios	3	
Edad >35 años sin fumar <1 año	3	
Edad >35 años sin fumar >1 año	2	
Obesidad 35-39 IMC	3	
Obesidad >40 IMC	4	

Continúa en la página siguiente =>

CONDICIÓN	CATEGORÍA	COMENTARIO
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes, hipertensión, perímetro cintura >88 cm.)	3/4	
Hipertensión controlada	3	
Hipertensión no controlada 140-159/90-99	3	
Hipertensión no controlada >160/100	4	
Historia personal de TEV/TEP	4	
TEV /TEP actual	4	
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4	
Inmovilidad no relacionado con la cirugía	3	
Trombofilia conocida	4	
Sospecha de trombofilia	3	Antecedente personal no filiado, antecedente familiar de 1 ^{er} grado <45 años o localización atípica
Cardiopatía isquémica	4	
Ictus	3/4	Hemorrágico/ isquémico
Hiperlipemia	2/3	Sin otros factores de riesgo/con otros factores de riesgo
Valvulopatía complicada	4	Hipertensión pulmonar, fibrilación auricular (FA), h ^a de endocarditis, prótesis metálicas
Migraña con aura	4	
Migraña sin aura <35 años	2(Inicio) 3(Continuación)	
Migraña sin aura >35 años	3(Inicio) 4(Continuación)	
Cáncer de mama actual	4	
Cáncer de mama previo, >de 5 años de evolución	3	
Diabetes con neuropatía, retinopatía y nefropatía	3/4	
Diabetes con otras enfermedades vasculares o duración >20 años	3/4	
Litiasis biliar sintomática actual y/o en tratamiento médico	3	
Historia de colelitiasis relacionada con contraceptivos	3	
Hepatitis viral activa	4	
Cirrosis compensada/descompensada	3/4	
Adenoma hepático	4	
Hepatocarcinoma	4	
Fármacos inductores enzimáticos	3	

RECOMENDACIONES DEFINITIVAS 2

Eficacia y Seguridad de las diferentes vías de administración. ¿Es alguna vía de administración mejor, en algún parámetro, que las opciones alternativas?

Ninguna vía de administración se ha mostrado superior a otra en cuanto a eficacia anticonceptiva (eficacia teórica), en los escasos ensayos clínicos aleatorizados (ECAS) disponibles que analizan este aspecto. Con respecto a la efectividad (eficacia de uso) dan mejor resultado aquellos métodos anticonceptivos hormonales que no requieren de la participación de la usuaria para su uso continuado: DIU de levonorgestrel (DIU – LNG), implantes subcutáneos y anticonceptivos inyectables.

No existen diferencias de eficacia entre los métodos hormonales combinados, cualquiera que sea su vía de administración: oral, transdérmico, vaginal. A pesar de que los estudios demuestran que las usuarias de las vías transdérmica y vaginal tienen un mejor cumplimiento, no se ha traducido en una mayor efectividad.

Los anticonceptivos con solo gestágeno por vía oral presentan tasas de eficacia teórica equiparables al resto de los métodos hormonales combinados.

No se dispone de evidencia de calidad que pueda demostrar que una vía de administración sea superior a otra en cuanto a seguridad del método anticonceptivo. Por el momento y hasta que no se disponga de otras evidencias la decisión de una u otra vía depende de las preferencias de la mujer.

Método anticonceptivo	Efectividad (eficiencia de uso)	Eficacia (teórica)	Continuidad después de un año %
AOC	8	0.3	68
Parche	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0.3	68
Gestágeno inyectable	3	0.3	56
Inyectable combinado	3	0.05	56
DIU-LNG	0.1	0.1	81
Implante	0.05	0.05	84

Ninguna vía se ha demostrado superior a las otras en eficacia teórica

Los métodos que no requieren participación de la usuaria presentan mayor efectividad (eficacia de uso)

No existen diferencias en eficacia y efectividad entre las diferentes vías de AHC

Los métodos sólo gestágeno presentan igual eficacia que la AHC

No hay evidencias de mayor seguridad de ninguna vía

RECOMENDACIONES DEFINITIVAS 3

Diferentes pautas de administración: diario, semanal, mensual, trimestral.

Eficacia y seguridad de las diferentes pautas de administración.

¿Es alguna pauta de indicación clínica prioritaria?

Repercusiones médicas de la modificación del ciclo menstrual inducida por anticonceptivos hormonales.

Eficacia y seguridad de las diferentes pautas de administración.

No existen datos suficientes para afirmar que una pauta de administración sea más eficaz y segura que las otras, ya que en relación con las complicaciones graves no parecen existir diferencias.

¿Es alguna pauta de indicación clínica prioritaria?

No existen datos para considerar cualquiera de las pautas como una indicación prioritaria. Aquellas mujeres que presentan síntomas molestos relacionados con la menstruación o agravamiento de patología de base durante la menstruación, podrían beneficiarse de la supresión del sangrado inducida por los anticonceptivos hormonales.

Las pautas de larga duración pueden tener ventajas para aquellas mujeres que tengan dificultades para recordar la utilización del método o aquellas en las que la administración dependa de otras personas.

Repercusiones médicas de la modificación del ciclo menstrual inducida por anticonceptivos hormonales.

No hay evidencia de que los cambios del ciclo inducidos por los anticonceptivos tengan repercusiones negativas sobre la salud de las mujeres.

Existe evidencia de que la supresión/ disminución del sangrado es beneficiosa en determinadas entidades clínicas (endometriosis, dismenorrea, menorragia, etc.).

No se puede afirmar mayor eficacia o seguridad para ninguna pauta de administración

Ninguna pauta es de indicación clínica prioritaria; la supresión de la menstruación puede suponer beneficio en algunos síntomas o patologías

No se han encontrado repercusiones negativas en los cambios del ciclo inducidos por anticonceptivos

RECOMENDACIONES DEFINITIVAS 4

Anticoncepción solo con gestágenos:

- Seguridad y eficacia
- Indicaciones y controversias

Eficacia

Todos los métodos de solo gestágeno (MSG) tienen una alta eficacia, con un índice de Pearl inferior a la unidad.

Los MSG son de alta eficacia

Método anticonceptivo	Eficacia (teórica)
Gestágeno inyectable	0.3
DIU de Levonorgestrel (DIU-LNG)	0.1
Implantes subcutáneos	0.05
Píldora de Desogestrel	0.41

Seguridad

Los métodos solo gestágeno se consideran, de acuerdo a las evidencias, de elevada seguridad.

Los MSG son métodos de alta seguridad

Criterios de elección

Los criterios de elección para la anticoncepción solo gestágeno permiten su utilización a cualquier mujer que desee anticoncepción hormonal y que debidamente informada acepte el patrón de sangrado característico de esta contracepción.

Los MSG son elegibles para mujeres que acepten su patrón de sangrado

- Categoría 1: Ninguna restricción en el uso de AHC
- Categoría 2: Las ventajas superan a los riesgos
- Categoría 3: Los riesgos, generalmente, superan a los beneficios
- Categoría 4: No se debe usar

CONDICIÓN	CATEGORÍA I = Inicio C = Continuación			
	minipildora	AMPD	Implante subcutáneo	DIU - LNG
Lactancia y menos de 6 semanas posparto	3	3	3	3 (-4 semanas)
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e hipertensión)	2	3	2	2
Hipertensión arterial \geq 160/100	2	3	2	2
Hipertensión arterial con enfermedad vascular	2	3	2	2
TVP – EP actual	3	3	3	3
Cardiopatía isquémica	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)
Accidente cerebrovascular	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	2
Migraña con aura a cualquier edad	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)
Sangrado vaginal de etiología desconocida con sospecha de una patología grave, antes de la evaluación	2	3	3	4(I) 2(C)
Cáncer de mama actual	4	4	4	4
Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad actual ni durante los 5 años previos	3	3	3	3
Diabetes con enfermedad vascular o de más de 20 años de duración	2	3	2	2
Hepatitis viral actual	3	3	3	3
Cirrosis grave (descompensada)	3	3	3	3
Tumor hepático (benigno o maligno)	3	3	3	3

Controversias:

Utilizar los MSG preferentemente a partir de 6 semanas postparto en lactancia natural

Lactancia materna.- La OMS recomienda no iniciar el uso de un método solo gestágeno (MSG) hasta pasadas 6 semanas del parto, aunque no hay evidencia para esta recomendación. En algunos casos, y a pesar de la baja probabilidad de embarazo en este período, se podría iniciar un MSG antes de las 6 semanas.

La controversia en DMO con AMPD es de bajo nivel de evidencia

Densidad mineral ósea (DMO).- A pesar de haber controversias con respecto a una posible pérdida de masa ósea con acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD), podemos concluir que en las mujeres jóvenes sanas hay una disminución de la densidad mineral ósea que es reversible y no hay evidencia de que el uso de AMPD cause osteoporosis (nivel de recomendación 2/1). Debe asesorarse a las mujeres jóvenes que usan AMPD sobre los factores dietéticos y de estilo de vida que pueden afectar a su pico de masa ósea como el fumar, el ejercicio y la ingesta de calcio (Evidencia A).

Interacciones medicamentosas.- Los fármacos inductores enzimáticos no modifican la eficacia del DIU-LNG y el AMPD.

Los anticonceptivos solo gestágeno no presentan interacción con antibióticos de amplio espectro.

Cáncer de mama.- No hay evidencia de que los MSG tengan un efecto significativo sobre el cáncer de mama. En opinión de la Conferencia de Consenso el aumento de riesgo relativo (RR) en algunos subgrupos puede reflejar sesgos de revisión. No se deben modificar las pautas de prescripción en relación con el riesgo de cáncer de mama.


Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP).- Los MSG deben ser considerados como opciones anticonceptivas para mujeres con una historia previa de TVP/EP o para mujeres con mayor riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) o ictus, En las mujeres con trombofilia probada pueden usarse MSG.

No se deben modificar las pautas de prescripción en base al riesgo de cáncer de mama

Los MSG pueden ser una alternativa anticonceptiva para mujeres con antecedente de TVP o EP

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AHC:	anticoncepción hormonal combinada
AMPO:	acetato de medroxiprogesterona depot
AOC:	anticoncepción oral combinada
C:	continuación
CdC:	Conferencia de Consenso
DIU:	dispositivo intrauterino
DIU-LNG:	dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel
DMO:	densidad mineral ósea
ECA:	ensayo clínico aleatorizado
EP:	embolia pulmonar
FA:	fibrilación auricular
I:	inicio
IAM:	infarto agudo de miocardio
MSG:	métodos sólo gestágeno
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SEC:	Sociedad Española de Contracepción
TEP:	Tromboembolismo pulmonar
TEV:	tromboembolismo venoso
TVP:	trombosis venosa profunda



Editado con la colaboración de Wyeth Farma.



Derecho de copia reservada a la SEC
Prohibido la reproducción total o parcial sin autorización de la SEC



SOCIETAT D'ESPAÑA DE CONTRACEPÇIÓ