
Conferencia de Consenso

Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales

Promotor:

Sociedad Española de Contracepción

Comité Organizador

Dr. I. Lete Lasa (Presidente)
Prof. J. J. Parrilla Paricio
Dr. J. Asua Batarrita (OSTEBA)
Dra. M. Baile Acosta (OSTEBA)
Dra. C. Colj Capdevilla
Dr. J. L. Doval Conde
Dr. J. L. Dueñas Díez
Dra. F. Martínez San Andrés

Comité de Expertos

Prof. L. Abad
Dr. J. D. Alvarez González
Dr. A. Cabero Roura
Dr. J. Calaf i Alsina
Dr. J. L. Doval Conde
Dr. J. L. Dueñas Díez
Dr. J. Gilabert Aguilar
Dr. J. L. Iglesias i Cortit
Dr. R. Lertxundi Barañano
Dr. E. Pérez Campos
Dra. A. Webb

Jurado

Prof. J. J. Parrilla Paricio (Presidente)
Prof. J. Balasch Cortina (S.E.F.)
Prof. X. Iglesias i Guiu
Prof. J. J. Navarro Clemente (A.E.E.M.)
Dra. A. Alonso García (S.E. Cardiología)
Dr. A. Cano Sánchez
Dra. C. Cuadrado (S.E.G.O.)

Dra. A. Estelles Corres (S.E.T.H.)
Dr. J. Martínez Salmean (S.E.C.)
Dra. S. Mateu Sanchis (M. SANIDAD)
Dr. J.L. Navarro (S.E.H.H.)
Dr. X. Pintó Sala (S.E.A.)
Dr. Lorenzo Arribas Mir (S.E.M.E.Y.C.)
Dr. X. Vidañ Pan (F.P.E.E.)
Dra. F. Martínez San Andrés (S.E.C.)

Grupo de Revisión Bibliográfica

Dr. Kepa Latorre
Dra. Susana Páramo
Dr. José Ramón Rueda
Dr. Enrique Soto

Apoyo Metodológico

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco



Con el Patrocinio de Schering España, S. A.

1. INTRODUCCIÓN

Para muchas actuaciones clínicas, como es el caso de la prescripción y manejo de la Anticoncepción Hormonal Oral (AHO), existe suficiente información para orientarnos y ayudarnos a lograr la mayor efectividad posible, aunque en ocasiones esta información resulta excesiva y de calidad media o baja.

La denominada Medicina Basada en la Evidencia propugna la utilización juiciosa de la mejor evidencia disponible en los aspectos relacionados con la toma de decisiones clínicas, teniendo presente que el concepto evidencia hace referencia al valor probatorio que se le puede conceder, o la información conseguida, y que tanto el diseño como las condiciones de rigurosidad científica en la realización de los estudios, permiten categorizar la fuerza de las posteriores recomendaciones derivadas de los mismos.

El método de la Conferencia de Consenso (CDC) consiste en la redacción de unas recomendaciones por parte de un Jurado. Estas recomendaciones se elaboran después de haber oído los informes de los Expertos, quienes, sintetizando los conocimientos existentes en base a la mejor Evidencia Científica disponible, los presentan públicamente para su debate. De esta manera las personas que cuentan con la mejor información disponible para responder a las preguntas planteadas, propondrán las soluciones más acertadas, válidas y de mayor credibilidad.

Una CDC se trata de una conferencia científica, donde los expertos exponen sus trabajos, seguida de un debate democrático, donde cada participante (expertos, jurado y público invitado) pueden expresar su opinión, y de una resolución judicial, en la que el jurado, de composición multidisciplinar y multiprofesional, establece las recomendaciones a puerta cerrada, de manera independiente y objetiva.

Para muchas actuaciones clínicas, como es el caso de la prescripción y manejo de la Anticoncepción Hormonal Oral (AHO), existe suficiente información para orientarnos y ayudarnos a lograr la mayor efectividad posible, aunque en ocasiones esta información resulta excesiva y de calidad media o baja.

2. OBJETIVO

El objetivo de esta CDC fue el de analizar la problemática existente en la prescripción y manejo de la AHO y el de elaborar recomendaciones útiles para la práctica clínica. Estas recomendaciones deberían estar basadas en el análisis crítico de la mejor evidencia científica disponible.

3. METODOLOGÍA

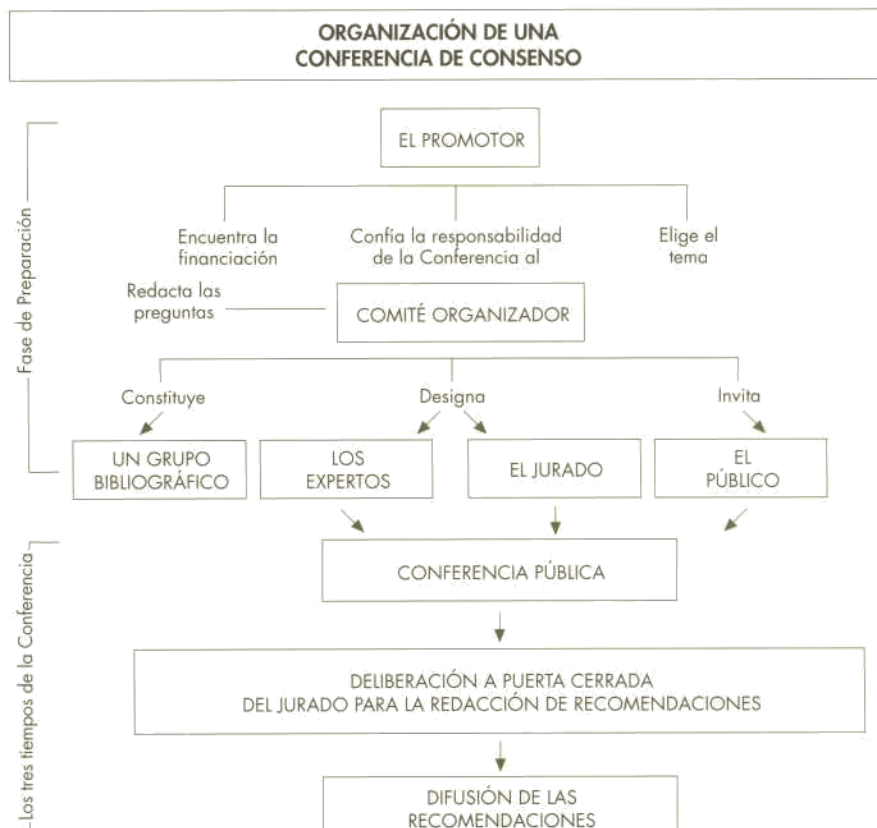
Una CDC supone el resultado del trabajo secuencial, y en ocasiones simultáneo, de una multiplicidad de grupos con intereses comunes:

- Promotor.
- Comité Organizador.
- Jurado.
- Grupo de Revisión Bibliográfica.
- Expertos.
- Público.

El promotor de esta CDC ha sido la Sociedad Española de Contracepción, que ha contado con el apoyo metodológico del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA), que participó, asimismo, en el Comité Organizador.

El trabajo se desarrolló durante los meses de Enero a Octubre de 1997, dedicando los cuatro primeros meses a la síntesis de la evidencia científica, y los restantes a reuniones con Jurado y Expertos, con el fin de facilitar la elaboración de los trabajos a presentar en Conferencia pública.

A continuación se expone de forma gráfica la relación entre todos estos grupos.



El promotor de esta CDC ha sido la Sociedad Española de Contracepción, que ha contado con el apoyo metodológico del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA), que participó, asimismo, en el Comité Organizador.

La metodología utilizada se puede esquematizar en dos fases diferentes, cada una de las cuales implica a distintos grupos de profesionales: la síntesis de la evidencia científica y la realización material de la Conferencia de Consenso.

3.1. Síntesis de la evidencia científica

En la actualidad, el gran volumen de información disponible y la rapidez de acceso a la misma, hacen que ésta sea difícil de integrar por cualquier profesional. Por otro lado, no toda la información disponible tiene el nivel de calidad exigible como para ser la base de la toma de decisiones a nivel clínico, de gestión o de política sanitaria.

A la hora de establecer recomendaciones sobre un tema concreto se hace necesario, por tanto, conocer toda la información relacionada con el tema, seleccionarla en función de su calidad y sintetizar la información que proporciona. Todo ello se realiza siguiendo una metodología establecida y utilizando una serie de criterios explícitos que nos ayuden a disponer de la mejor evidencia científica disponible.

Las revisiones sistemáticas de la evidencia científica constituyen una metodología explícita, estructurada, sistemática y multidisciplinar que responde a una cuestión específica, en relación con el sector de la salud. Estas características hacen que las revisiones sean tanto reproducibles como actualizables. Por otra parte siguiendo esta metodología se minimizan los sesgos, tanto de búsqueda como de interpretación de los resultados.

3.1.1. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda en la base de datos Medline (1990-1997). Cochrane Library, ACPjournal, EMBASE, Health Star, HealthCare Standars (ECRI), empleando la palabra clave "contraceptive" .

Se realizó, también, una búsqueda automatizada en el índice Médico Español (1971-1996) y finalmente una búsqueda manual de ciertas publicaciones, con la finalidad de cubrir el lapso de tiempo entre su publicación y recogida en Medline.

3.1.2. Análisis de los estudios

Se analizó el título y resumen (abstract) de cada uno de los artículos encontrados.

3.1.3. Clasificación de los estudios

Los estudios encontrados se clasificaron de acuerdo al nivel de evidencia científica disponible siguiendo la tabla propuesta por Jovell y Navarro-Rubio (ver *tabla de evidencia*).

Las revisiones sistemáticas de la evidencia científica constituyen una metodología explícita, estructurada, sistemática y multidisciplinar que responde a una cuestión específica, en relación con el sector de la salud. Estas características hacen que las revisiones sean tanto reproducibles como actualizables. Por otra parte siguiendo esta metodología se minimizan los sesgos, tanto de búsqueda como de interpretación de los resultados.

3.1.4. Selección de los artículos

Utilizando como criterios de inclusión: estudios de interés que pueden aportar algún tipo de evidencia sobre el tema y que estén publicados en castellano, inglés, francés o alemán; como criterios de exclusión: estudios sobre experimentación animal, casos clínicos y cartas al editor; se seleccionaron 377 artículos de los 1.099 que en un principio fueron encontrados.

3.1.5. Elaboración de tablas de evidencia

Los estudios seleccionados se ordenaron y clasificaron según su nivel de calidad de evidencia, con el fin de sintetizar la información. La totalidad de estas tablas aparecerá reflejada en el documento completo de la CDC.

3.1.6. Síntesis de la información bibliográfica

Toda la información seleccionada fue sintetizada sin realizar interpretación alguna de sus resultados.

TABLA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Nivel: I (más alto) IX (más bajo)	Fuerza de la evidencia	Tipo de diseño del estudio	Condiciones de rigurosidad científica (*)
I	Adecuada	Metanálisis de ensayos controlados y aleatorizados.	Análisis de datos individuales de los pacientes. Metarregresión, Megaanálisis. Diferentes técnicas de análisis. No heterogeneidad. Calidad de los estudios.
II		Ensayo controlado y aleatorizado de muestra grande.	Evaluación del poder estadístico. Multicéntrico. Calidad del estudio.
III	Buena o Regular	Ensayo controlado y aleatorizado de muestra pequeña.	Evaluación del poder estadístico. Calidad del estudio.
IV		Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado.	Controles coincidentes en el tiempo. Multicéntrico. Calidad del estudio.
V	Regular	Ensayos clínicos no aleatorizados retrospectivos.	Controles históricos. Calidad de estudio.
VI		Estudios de cohortes.	Multicéntrico. Aparcamiento. Calidad del estudio.
VII		Estudios de casos y controles.	Multicéntrico. Calidad del estudio.
VIII	Pobre	Series clínicas no controladas. Estudios descriptivos: Vigilancia epidemiológica, encuestas, registros, bases de datos, estudios de prevalencia, Comités de expertos, conferencias de consenso.	Multicéntrico.
IX		Anécdotas o casos clínicos.	

(*) Calidad del estudio evaluada por protocolos específicos y condiciones de rigor científico.

Los estudios seleccionados se ordenaron y clasificaron según su nivel de calidad de evidencia, con el fin de sintetizar la información. La totalidad de estas tablas aparecerá reflejada en el documento completo de la CDC.

3.2. Conferencia de Consenso

Como resultado de la CDC pública que se desarrolló en Toledo, del 2 al 5 de Octubre de 1997, el Jurado proporcionó un texto consensuado en el que se recogieron las conclusiones, recomendaciones y respuestas a las preguntas planteadas.

Antes de la reunión pública cada miembro del Jurado trabajó, de forma individual, a partir de los textos redactados por el Grupo Bibliográfico y los Expertos. Estos textos les fueron facilitados por el Comité Organizador.

Durante la reunión pública, el Presidente del Jurado presidió el conjunto de las sesiones y coordinó, auxiliado por otros miembros del Jurado, las presentaciones de los Expertos y las discusiones con el Público presente. Tanto los Expertos como los miembros del Jurado estuvieron presentes a lo largo de las Presentaciones y participaron en la discusión durante el debate con el Público.

El Jurado fue anotando el conjunto de elementos de información suscitados por los Expertos y por el Público recogiendo los puntos de acuerdo y controversia así como cualquier otro punto de interés que surgió, como las lagunas de conocimiento sobre temas de investigación futura.

Durante sus deliberaciones a puerta cerrada el Jurado redactó el texto que responde a las preguntas planteadas. Este texto constituye las Conclusiones y Recomendaciones de la CDC. En las CDC se suele fijar un umbral de consenso del 80% de acuerdo. En esta CDC sobre AHO se alcanzó este umbral de acuerdo entre los miembros del Jurado.

El presente documento constituye un "texto resumido" del proceso completo de la CDC, que se edita en un formato de consulta fácil para su distribución entre los clínicos relacionados con el tema de la Conferencia. Posteriormente se editará un "documento completo" que recoja todas las informaciones en las que se basa el Jurado para la elaboración de sus recomendaciones.

Como resultado de la CDC pública que se desarrolló en Toledo, del 2 al 5 de Octubre de 1997, el Jurado proporcionó un texto consensuado en el que se recogieron las conclusiones, recomendaciones y respuestas a las preguntas planteadas.

4. RECOMENDACIONES FINALES

Reunido el Jurado, tras la exposición de los expertos, el análisis de la evidencia científica proporcionada por el grupo de documentación, y la discusión del público asistente, llegó, por mayoría, a la redacción de las siguientes recomendaciones sobre la administración de los AHO en la práctica clínica.

4.1. Primera Pregunta: ¿Cuáles son las Contraindicaciones absolutas de la AHO?

Se discuten aquellas situaciones clínicas que, clásicamente, han sido consideradas contraindicaciones absolutas para la administración de AHO, para finalizar enumerando aquellas entidades que pueden considerarse, en el momento actual y según la evidencia científica disponible, contraindicaciones absolutas para la utilización de AHO.

Se acordó abordar la primera pregunta del Consenso de la siguiente manera:

1. ¿Qué modificaciones puede producir el uso de la AHO en la población general?
2. En caso de patología preexistente, ¿el uso de la AHO agravaría dicha patología?

Se ha analizado el efecto de la Anticoncepción Hormonal Oral (AHO) sobre la enfermedad cardiovascular, el cáncer y las enfermedades sistémicas crónicas.

4.1.1. AHOs y enfermedad cardiovascular.

Metabolismo Lipídico

Hay evidencia científica disponible de calidad buena/regular de que los AHO actuales (preparados con dosis de 20-50 mcg EE y gestógenos de 2ª y 3ª generación) no producen, en la población general, modificaciones del metabolismo lipídico que tengan significación clínica.

En caso de patología preexistente del metabolismo lipídico, el uso de la AHO estaría contraindicado:

- De forma absoluta en hipertrigliceridemia severa (> 1.000 mg/dl).
- De forma relativa en hipertrigliceridemia moderada (500-1.000 mg/dl), aunque en esta situación la evidencia científica disponible es

Reunido el Jurado, tras la exposición de los expertos, el análisis de la evidencia científica proporcionada por el grupo de documentación, y la discusión del público asistente, llegó, por mayoría, a la redacción de las siguientes recomendaciones sobre la administración de los AHO en la práctica clínica.

de calidad baja. En caso de precisar indicar AHO, en hipertrigliceridemia moderada, sería preferible utilizar AHO con gestágeno de 2ª generación.

La evidencia científica actual no permite considerar las dislipemias con cardiopatía coronaria como una contraindicación absoluta para la prescripción de AHO.

Metabolismo de los Hidratos de Carbono

La AHO produce modificaciones del metabolismo de los Hidratos de Carbono que no tienen significación patológica en la población general. No existen evidencias actuales que demuestren que la administración de un AHO incremente el riesgo de padecer una Diabetes Mellitus (DM).

En caso de DM preexistente, insulino y no insulino-dependiente, se puede prescribir un AHO, como método temporal (las evidencias científicas disponibles se basan en trabajos que no han sobrepasado el año de uso) y bajo control metabólico más estricto, en los siguientes supuestos:

- Ausencia de vasculopatía (retinopatía, nefropatía) y/o, neuropatía.
- Ausencia de otros factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión, obesidad/).
- En caso de antecedente de diabetes gestacional sin otros factores de riesgo, sí se puede prescribir AHO.

Hemostasia

El uso de la AHO produce modificaciones sobre el sistema hemostático (en general, dentro de los límites de la normalidad). Los efectos sobre la hemostasia son profibrinolíticos y principalmente procoagulantes. Estas modificaciones son dosis estrógeno-dependientes.

Los AHO con dosis < 50 mcg de EE no incrementan el riesgo de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en las mujeres. Sin embargo el riesgo aumenta si la mujer es fumadora y tiene más de 35 años.

Los AHO no aumentan el riesgo de Accidente Cerebro-Vascular (ACV) en mujeres normotensas no fumadoras.

Los AHO aumentan el riesgo de Tromboembolismo Venoso (TEV). En presencia de factores predisponentes, los AHO de 3ª generación parecen inducir mayor riesgo de TEV que los AHO con gestágeno de 2ª generación.

Según la evidencia científica actual el antecedente de IAM, en ausencia de otros factores de riesgo, no se considera como una contraindicación absoluta para la toma de un AHO.

La AHO produce modificaciones del metabolismo de los Hidratos de Carbono que no tienen significación patológica en la población general. No existen evidencias actuales que demuestren que la administración de un AHO incremente el riesgo de padecer una Diabetes Mellitus (DM).

El uso de la AHO produce modificaciones sobre el sistema hemostático (en general, dentro de los límites de la normalidad). Los efectos sobre la hemostasia son profibrinolíticos y principalmente procoagulantes. Estas modificaciones son dosis estrógeno-dependientes.

EL CIN o el carcinoma microinvasor tratado de forma conservadora no constituyen una contraindicación absoluta para la toma de un AHO, aunque serían recomendables los métodos de barrera.

Son contraindicaciones absolutas de carácter permanente:

- Antecedentes personales o padecimiento actual de enfermedad tromboembólica.

- Trombofilia congénita.

- Ictus.

Son contraindicaciones absolutas de carácter temporal:

- Episodio de TEV en familiar, mientras se estudia su origen.

- Trombofilia adquirida (períodos de inmovilización prolongados, precirugía, postoperatorio, presencia de Ac antifosfolípidos).

4.1.2. AHOs y Cáncer

Cáncer de Mama

La calidad de la evidencia en los estudios encontrados que relacionan la administración de AHO con el cáncer de mama (CM) es regular.

Si se compara mujeres que han tomado AHO alguna vez, con mujeres que no han tomado nunca AHO, el riesgo de CM no aumenta significativamente.

Las mujeres que son usuarias actuales de AHO o la han utilizado en los últimos 5 años tienen un ligero aumento de riesgo de tener un CM (RR 1.2). Este riesgo se incrementa cuando comienzan antes de los 20 años (RR 1.5) y en cánceres que aparecen antes de los 35 años, aunque teniendo en cuenta que la frecuencia del CM en este grupo de edad es muy baja, el riesgo absoluto apenas se modifica.

El cáncer de mama constituye una contraindicación absoluta para la toma de AHO.

Cáncer de Cérvix

La evidencia disponible en estos momentos con respecto a la relación existente entre el cáncer de cérvix y la AHO es de nivel bueno/regular.

Los AHO se asocian con un aumento de riesgo de cáncer invasor (RR: 1.5-4) y de neoplasia intraepitelial, (RR: 1.5-2.3) aunque persiste la duda de si esta asociación es causal. Esta asociación aumenta con la duración de uso del AHO y afecta a usuarias actuales o recientes, no persistiendo el riesgo después de dejar el tratamiento.

EL CIN o el carcinoma microinvasor tratado de forma conservadora no constituyen una contraindicación absoluta para la toma de un AHO, aunque serían recomendables los métodos de barrera.

Cáncer de Ovario y Endometrio

Existe evidencia de calidad buena/regular sobre el efecto protector de la AHO sobre estas neoplasias, incluso años después de suspender

lo toma de AHO. En estos momentos se desconoce si este efecto protector se mantendrá con los preparados de baja dosis estrogénico.

4.1.3. Otras contraindicaciones absolutas

Aunque no se ha estudiado la evidencia científica existente sobre la asociación entre las siguientes entidades clínicas y la AHO, resulta razonable contraindicar la administración de AHO en situaciones susceptibles de ser agravadas por la administración de esteroides sexuales sintéticos como:

- Hipertensión arterial.
- Hepatopatía activa.
- Hemorragias genitales no diagnosticadas.
- Embarazo.

No se han analizado otras contraindicaciones absolutas en el presente Consenso.

4.1.4. Resumen de contraindicaciones absolutas

- Hipertrigliceridemia severa (> 1000 mg/dl).
- Diabetes mellitus con vasculopatía asociada (retinopatía, nefropatía) y/o neuropatía.
- Antecedentes personales de TEV.
- Trombofilia familiar diagnosticada.
- Ictus cerebral.
- Episodio de tromboembolismo en familiar mientras se determina si tiene componente familiar.
- Trombofilia, inmovilización prolongada, cirugía abdominal o traumatológica, etc.
- Tabaquismo en mujeres > 35 años.
- Antecedente o presencia actual de cáncer de mama.
- Embarazo.
- Hemorragia genital no diagnosticada.
- Hipertensión.
- Hepatopatía activa.

4.2. Segunda Pregunta: ¿Qué requisitos previos resultan indispensables antes de prescribir un AHO?

El Jurado considera que no debe de hablarse de criterios indispensables, imprescindibles o mínimos.

Aunque no se ha estudiado la evidencia científica existente sobre la asociación entre las siguientes entidades clínicas y la AHO, resulta razonable contraindicar la administración de AHO en situaciones susceptibles de ser agravadas por la administración de esteroides sexuales sintéticos.

El objetivo del control previo sería:

- Descartar las contraindicaciones.
- Valorar factores de riesgo o patologías que puedan afectarse por la AHO y condicionar los controles posteriores.
- Conocer el perfil de la usuaria.

Teniendo en cuenta que es adecuado aprovechar el acercamiento de la usuaria al sistema sanitario para proponer actuaciones de Promoción de la Salud (consejo antitabaco, despistaje HTA, etcJ y, aunque en situaciones especiales (mujeres muy jóvenes, mujeres sin relaciones sexuales, etcJ se puede comenzar la administración de la AHO sin más requisitos que la anamnesis orientada y la información adecuada; en la población general es recomendable:

1. De forma básica y fundamental: realizar una anamnesis orientada a detectar factores de riesgo, así como facilitar información adecuada sobre normas de uso, efectos secundarios, riesgos y beneficios.
2. Exploración clínica: medida de TA, peso, exploración genital, exploración mamaria.
3. Exploraciones complementarias (a realizar en algún momento cercano al inicio de la toma y siempre que la mujer no las tenga recientes):
 - Citología.
 - Determinación de triglicéridos (TG).

4.3. Tercera Pregunta: ¿Cuándo y cómo hay que controlar a la mujer en tratamiento con un AHO?

Siempre que la mujer acuda a una visita programada los profesionales sanitarios deben incorporar las estrategias de promoción de la salud que le impliquen en las actividades preventivas mínimas.

No se han encontrado estudios específicos sobre el tema. A través de la opinión de los expertos participantes en esta CDC y del debate generado en la misma, se recomienda realizar los siguientes controles en una mujer en tratamiento con AHO:

4.3.1. Controles Recomendables

Mujer que toma AHO < 35 años

- Primer control a los 3-6 meses:
 - Valorar efectos secundarios.
 - Comprobar la toma correcta, aclarar dudas y resolver problemas imprevistos.
 - Información sanitaria fomentando autocuidados. Medida de TA.

Siempre que la mujer acuda a una visita programada los profesionales sanitarios deben incorporar las estrategias de promoción de la salud que le impliquen en las actividades preventivas mínimas.

- Anualmente:
 - Actualizar anamnesis personal y familiar de factores de riesgo.
 - Medida de TA y peso.
 - Valoración de hábitos sexuales.
- Cada 3-5 años:
 - Control analítico: colesterol total, HDL, TG y glucosa.
 - Palpación abdominal.
 - Exploración pélvica y citología.

Mujer que toma AHO > 35 años

- Primer control a los 3-6 meses:
 - Valorar efectos secundarios.
 - Comprobar la toma correcta, aclarar dudas y resolver problemas imprevistos.
 - Información sanitaria fomentando autocuidados.
 - Medida de TA.
- Anualmente:
 - Actualizar anamnesis personal y familiar de factores de riesgo.
 - Medida de TA.
 - Valoración de hábitos sexuales.
 - Control analítico: colesterol total, HDL, TG y glucosa.
 - Suspender tratamiento si tabaquismo.
- Cada 3 años:
 - Palpación abdominal.
 - Exploración pélvica y citología.
- Es recomendable realizar una primera mamografía a los 40 años sobre todo si:
 - Existen antecedentes familiares en primer grado.
 - Son mujeres que iniciaron la toma antes de los 20 años y por un período de más de 5 años en esta etapa.

4.3.2. Descansos

La evidencia científica disponible no justifica la realización de descansos durante la toma de AHO.

La evidencia científica disponible no justifica la realización de descansos durante la toma de AHO.

4.4. Cuarta Pregunta: ¿Cómo actuar ante las eventualidades durante el uso de un AHO?

Se han analizado los efectos secundarios menores, los olvidos, el control del ciclo y las interacciones medicamentosas.

4.4.1. Efectos secundarios

Los efectos secundarios comunicados con mayor frecuencia, responsables en ocasiones del abandono del método, son las cefaleas y la tensión mamaria (3-5%), seguidas de las náuseas. Ante la aparición de estas eventualidades es conveniente tranquilizar a la usuaria y facilitar su acceso al sistema sanitario.

4.4.2. Olvidos

La evidencia científica respecto a los consejos a impartir a las usuarias ante los olvidos es de calidad baja. En cualquier caso, lo más importante es no superar el intervalo libre de toma de 7 días. Respecto al olvido < 12 horas se recomienda tomar la pastilla olvidada y continuar la toma. Frente al olvido > 12 horas se recomienda continuar con la toma de la pastilla correspondiente y aconsejar la adopción de medidas anticonceptivas complementarias durante 7 días.

4.4.3. Control del ciclo

La fuerza de la evidencia respecto al control del ciclo la podemos considerar aceptable. La aparición de sangrado intermenstrual ocurre en el 15-20% de los primeros ciclos de toma de un AHO y presenta una tendencia a ir disminuyendo.

No existe una evidencia científica de calidad buena para apoyar las recomendaciones ante los problemas de control del ciclo, por lo que las recomendaciones que se realizan a continuación se basan en el sentido común y la experiencia clínica de los participantes en la CDC.

- Ante la ausencia de hemorragia de privación:
 - Intentar aclarar su origen.
 - Prueba de embarazo.
 - Tranquilizar a la mujer.
 - Continuar la toma del AHO.
- Persistencia de la ausencia de hemorragia de privación:
 - Proceder como en el apartado anterior.
 - Interrumpir la AHO y estudiar el origen, si preocupa.

No existe una evidencia científica de calidad buena para apoyar las recomendaciones ante los problemas de control del ciclo, por lo que las recomendaciones que se realizan a continuación se basan en el sentido común y la experiencia clínica de los participantes en la CDC.

- Ante la presencia de sangrado intermenstrual:

- Metrorragia:
 - Descartar patología orgánica.
 - Aclarar origen y tranquilizar.
- Manchado intermenstrual (spotting):
 - Aclarar origen.
 - Tranquilizar.
 - Aumentar la dosis.

4.4.4. Interacciones medicamentosas

La evidencia de los estudios encontrados en cuanto a las distintas interacciones medicamentosas con la AHO es de calidad buena/regular.

Las interacciones farmacológicas entre la AHO y otros compuestos pueden ser de dos tipos:

- El medicamento puede disminuir la efectividad de la AHO y producir un adelanto del sangrado e incluso fallo del método. En otras ocasiones el medicamento hace que los niveles séricos de los esteroides que componen la AHO aumenten.
- También es posible que el AHO interfiera en el metabolismo o la actividad de otros compuestos, incrementando o disminuyendo su efecto.

Anticonvulsivantes:

Anticonvulsivantes como las hidantoínas, barbitúricos, primidona y carbamocapina, mediante un mecanismo de inducción enzimática del citocromo P-450, pueden producir una disminución de la eficacia anticonceptiva. Ante una paciente con tratamiento anticonvulsivante y deseo de tomar AHO sería adecuado utilizar un fármaco alternativo a los anteriormente reseñados (Acido Valproico) o recomendar la utilización de otro método anticonceptivo.

Rifampicina:

Este antibiótico actúa también mediante mecanismo de inducción enzimática. Si una paciente se encuentra en tratamiento prolongado con rifampicina, sería adecuado utilizar un método anticonceptivo diferente a la AHO, mientras persista el tratamiento antibiótico. Si el tratamiento con rifampicina se plantea durante un período de tiempo corto, debería asociarse al AHO un método de barrera o bien plantearse la utilización de otro método.

La evidencia de los estudios encontrados en cuanto a las distintas interacciones medicamentosas con la AHO es de calidad buena/regular.

La rifampicina actúa también mediante mecanismo de inducción enzimática. Si una paciente se encuentra en tratamiento prolongado con rifampicina, sería adecuado utilizar un método anticonceptivo diferente a la AHO, mientras persista el tratamiento antibiótico. Si el tratamiento con rifampicina se plantea durante un período de tiempo corto, debería asociarse al AHO un método de barrera o bien plantearse la utilización de otro método.

Ante una mujer en tratamiento farmacológico por cualquier patología que no constituya una contraindicación absoluta para la toma, hay que considerar la posibilidad de existencia de interacciones farmacológicas, y sería recomendable, en aquellos casos en los que no exista evidencia sobre las posibles interacciones, la utilización complementaria de un método de barrera mientras dure el tratamiento.

Tras la finalización del tratamiento con rifampicina, es conveniente esperar cuatro semanas antes de asegurar la eficacia anticonceptiva del AHO.

Antibióticos:

Algunos antibióticos como la penicilina y sus derivados y las tetraciclinos pueden modificar la acción del AHO actuando a nivel del circuito enterohepático. Durante la toma de uno de estos antibióticos es adecuado utilizar un método de barrera que complemente la AHO, prolongando su uso hasta siete días después de la finalización del tratamiento antibiótico. Si el tratamiento coincidiese con el intervalo libre de la ingesta del AHO (semana de descanso] lo recomendable sería prescindir de esta semana libre de toma.

Ante una mujer en tratamiento farmacológico por cualquier patología que no constituya una contraindicación absoluta para la toma, hay que considerar la posibilidad de existencia de interacciones farmacológicas, y sería recomendable, en aquellos casos en los que no exista evidencia sobre las posibles interacciones, la utilización complementaria de un método de barrera mientras dure el tratamiento.