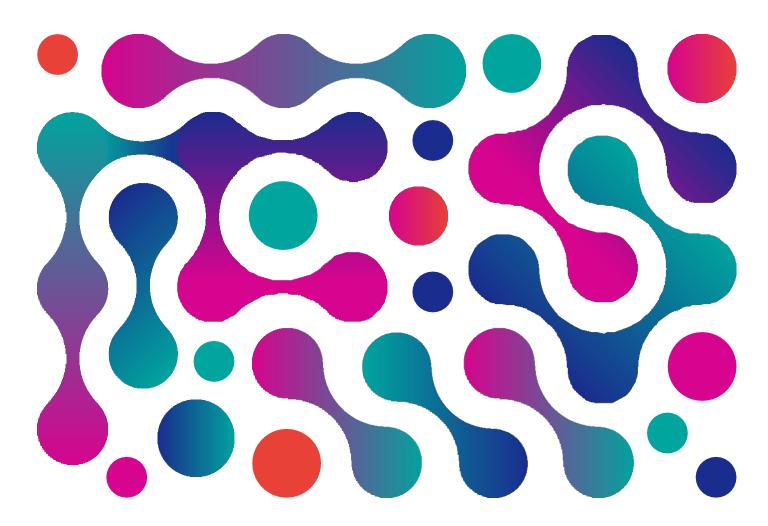
Guía internacional basada en la evidencia para la evaluación y el tratamiento del síndrome de ovario poliquístico 2023 - Resumen

















Resumen

Objetivo: Desarrollar y traducir directrices rigurosas y exhaustivas basadas en la evidencia para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento, con el fin de mejorar la vida de las personas con síndrome de ovario poliquístico (SOP) en todo el mundo.

Participantes: Las áreas prioritarias de las directrices se basaron en una amplia participación de profesionales sanitarios y consumidores o pacientes. Los paneles designados por la sociedad internacional incluyeron consumidores y expertos en pediatría, endocrinología, ginecología, atención primaria, endocrinología reproductiva, psicología, dietética, fisiología del ejercicio, sueño, cirugía bariátrica/metabólica, salud pública, otros expertos cooptados, gestión de proyectos, síntesis de pruebas y traducción.

Evidencia: La elaboración de directrices basadas en la evidencia y las mejores prácticas implicó una amplia síntesis de la evidencia.

y el marco Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) cubrió la calidad de la evidencia, la viabilidad, la aceptabilidad, el coste, la implementación y, en última instancia, la fuerza de la recomendación.

Proceso: La gobernanza incluyó un panel asesor internacional, un comité de gestión y cinco grupos de desarrollo de directrices con 52 miembros, comités de consumidores y de traducción. El Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life, financiado por el Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) y dirigido por la Universidad de Monash, se asoció con la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, la Sociedad de Endocrinología, la Sociedad Europea de Endocrinología y la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología. Treinta y seis organizaciones colaboraron en reuniones internacionales a lo largo de nueve meses. Cincuenta y cinco cuestiones clínicas prioritarias fueron objeto de 52 revisiones sistemáticas y tres revisiones narrativas, que generaron recomendaciones basadas en pruebas y consensuadas con puntos prácticos complementarios. Los miembros del comité designados por las organizaciones colaboradoras se encargaron de la revisión por pares internacionales, y los métodos y resultados revisados por expertos en pruebas se enviaron al NHMRC para su revisión independiente.

Recomendaciones: El SOP debe diagnosticarse utilizando los criterios de consenso revisados de Rotterdam, que ahora están actualizados a criterios basados en la evidencia. En adultos, esto requiere la presencia de dos de los siguientes factores: i) hiperandrogenismo clínico/bioquímico, ii) disfunción ovulatoria y iii) ovarios poliquísticos en la ecografía o niveles elevados de hormona antimulleriana (HAM), una vez excluidas otras causas de estas características. Cuando existen ciclos menstruales irregulares e hiperandrogenismo, no se requiere ecografía ni AMH para el diagnóstico. En las adolescentes, se requieren tanto el hiperandrogenismo como la disfunción ovulatoria, y no se recomiendan la ecografía ni la HAM, debido a su escasa especificidad. Una vez diagnosticada, la evaluación y el tratamiento deben abordar las características reproductivas, metabólicas, cardiovasculares, dermatológicas, del sueño y psicológicas. Se recomienda un plan de salud reproductiva para toda la vida que se centre en los factores de riesgo previos a la concepción, un estilo de vida saludable, la prevención del aumento de peso y la optimización de la fertilidad. Los factores de riesgo metabólico, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos del sueño aumentan en el SOP, por lo que se recomienda su detección y tratamiento. El síndrome de ovario poliquístico debe considerarse una enfermedad de alto riesgo durante el embarazo, y las mujeres deben ser identificadas y controladas. Debe reconocerse un mayor riesgo premenopáusico de cáncer de endometrio, aunque los riesgos absolutos siguen siendo bajos.

Los síntomas depresivos y de ansiedad aumentan significativamente y deben ser examinados en todas las mujeres con SOP, con evaluación psicológica y terapia según esté indicado. Es necesario un mayor conocimiento de las características psicológicas, incluidos los trastornos alimentarios y el impacto en la imagen corporal y la calidad de vida. La insatisfacción con el diagnóstico y la atención del SOP es alta y se recomienda encarecidamente una mayor concienciación y educación para las mujeres y los profesionales sanitarios, incluyendo recursos de alta calidad basados en la evidencia. La toma de decisiones compartida

y un

la autocapacitación son fundamentales y deben desarrollarse, financiarse y evaluarse modelos integrados de atención.

Un estilo de vida saludable sigue siendo vital a lo largo de toda la vida en el SOPQ, con especial atención a la salud general, la prevención del aumento de peso y, si es necesario, el control del peso. Reconociendo los beneficios de muchos regímenes específicos de dieta y actividad física, no existe un régimen que sea más beneficioso que otros en el SOP. Deben minimizarse los prejuicios y el estigma relacionados con el peso, y los profesionales sanitarios deben pedir permiso para pesar a las mujeres, explicándoles los riesgos relacionados con el peso. Las píldoras anticonceptivas orales combinadas son el tratamiento farmacológico de primera línea para la irregularidad menstrual y el hiperandrogenismo, sin que se recomiende una preparación específica, y prefiriéndose

para preparados de dosis más bajas y con menos efectos secundarios. La metformina se recomienda principalmente para las características metabólicas y tiene mayor eficacia que el inositol, que ofrece beneficios clínicos limitados en el SOP. No se recomienda el uso rutinario de metformina en mujeres embarazadas con SOP. La terapia con láser es eficaz para la reducción del vello en algunos subgrupos, mientras que los antiandrógenos tienen un papel limitado, para ser utilizados cuando otras terapias son ineficaces. o están contraindicados. Los fármacos contra la obesidad y la cirugía bariátrica/metabólica pueden considerarse en función de las directrices para la población general, sopesando los posibles beneficios y efectos secundarios.

El letrozol es el tratamiento farmacológico de primera línea para la infertilidad, y el clomifeno solo o en combinación con metformina, gonadotropinas o cirugía ovárica tiene un papel como tratamiento de segunda línea. En ausencia de una indicación absoluta para la fecundación in vitro (FIV), a las mujeres con SOP e infertilidad anovulatoria se les podría ofrecer FIV potencialmente con maduración in vitro, como terapia de tercera línea cuando han fracasado otras terapias de inducción de la ovulación.

En general, la evidencia en el SOP es de calidad baja a moderada. Teniendo en cuenta la alta prevalencia y el importante impacto en la salud, se recomienda una mayor prioridad, financiación e investigación. La traducción de las directrices será amplia e incluirá productos educativos multilingües y recursos basados en la evidencia para los consumidores (la aplicación AskPCOS), profesionales sanitarios y responsables políticos.

Declaración contextual sobre el diagnóstico: Preludio a la directriz

Aquí, nos basamos en la Guía internacional basada en la evidencia para la evaluación, el diagnóstico y el manejo del SOP de 2018, y en los criterios diagnósticos iniciales del SOP de Rotterdam basados en el consenso.¹⁸

Aquí avanzamos criterios diagnósticos basados en la evidencia y en adultos recomendamos que se requieran dos de

i) hiperandrogenismo clínico/bioquímico, ii) disfunción ovulatoria u iii) ovarios poliquísticos en la ecografía y aquí añadimos niveles elevados de hormona antimulleriana (HAM). Hemos incluido el papel de la HAM en el diagnóstico en adultos, pero no recomendamos la HAM ni la ecografía en adolescentes, debido al solapamiento con la fisiología reproductiva normal.

Se recomienda excluir la enfermedad tiroidea (hormona estimulante del tiroides), la hiperprolactinemia (prolactina) y la hiperplasia suprarrenal congénita no clásica (17-hidroxi progesterona), recomendándose una evaluación adicional en aquellas con amenorrea y características clínicas más graves, incluida la consideración de hipogonadismo hipogonadotrópico, enfermedad de Cushing o sospecha de tumores productores de andrógenos, teniendo en cuenta que la virilización manifiesta.

no es compatible con el SOP. Los médicos deben consultar otras directrices pertinentes para estos diagnósticos.

Reconocemos los retos que plantea la definición de características diagnósticas específicas, incluso en torno a la menarquia y la menopausia, donde las características diagnósticas evolucionan de forma natural.

La directriz pretende facilitar el diagnóstico oportuno y adecuado de las mujeres con SOP, evitando al mismo tiempo el sobrediagnóstico, especialmente en adolescentes. Entre las recomendaciones específicas de interés figuran las siguientes:

- la ecografía y los niveles de antimulleriana (AMH) no se recomiendan en el diagnóstico en las que tienen menos de 8 años de menarquia
- se puede identificar a las mujeres jóvenes "en situación de riesgo", cuando el diagnóstico no está claro, con una reevaluación de seguimiento
- las características de diagnóstico se perfeccionan, centrándose en la especificidad, para mejorar la precisión del diagnóstico.

El uso de recursos en el diagnóstico también se reducirá con un enfoque en las características clínicas en el diagnóstico, indicaciones limitadas para la ecografía y AMH como alternativa y con un enfoque en el hiperandrogenismo bioquímico clínico manifiesto.

También apoyamos la recomendación del taller de metodología basada en la evidencia de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de SOP 2012 de que el nombre de la afección es una distracción y debe cambiarse. Nos basamos en la evidencia y los esfuerzos de las directrices con la asociación de consumidores y los procesos hacia un cambio en el nombre.

El valor y el momento óptimo de la evaluación y el diagnóstico del SOP deben discutirse con cada paciente, teniendo en cuenta los factores psicosociales y culturales y las preferencias. La educación es de vital importancia para las mujeres en el momento del diagnóstico, incluida la reafirmación sobre el potencial de prevención de complicaciones y sobre el buen potencial reproductivo general y el tamaño de la familia, reconociendo que puede ser necesaria cierta asistencia médica. Como principio rector general, al colaborar con las mujeres con SOP en su diagnóstico y atención, la autocapacitación es una prioridad y deben tenerse en cuenta las características personales, las preferencias, la cultura y los valores a la hora de realizar evaluaciones, proporcionar información o recomendar intervenciones o tratamientos.

Interpretación de las recomendaciones

Los métodos detallados para la participación de las partes interesadas y el desarrollo de directrices se encuentran en el capítulo seis: Métodos de desarrollo de directrices. En el desarrollo e interpretación de la directriz, la evidencia se ha evaluado junto con la experiencia multidisciplinar de los profesionales sanitarios y las perspectivas de los consumidores en todas las etapas, desde la conceptualización, priorización, desarrollo, revisión y traducción. Se ha tenido en cuenta la variabilidad de los recursos, los sistemas sanitarios y el acceso a los profesionales sanitarios, las

investigaciones y las terapias en los distintos entornos internacionales y, de acuerdo con las mejores prácticas, puede ser necesaria una adaptación en la traducción. Para obtener ayuda con la adaptación, póngase en contacto con helena.teede@monash.edu.

Para ayudar a interpretar las recomendaciones de las directrices, éstas se presentan por categoría, términos utilizados, GRADE y calidad de la evidencia. La categoría de las recomendaciones incluye recomendaciones basadas en la evidencia o en el consenso, y van acompañadas de puntos relevantes para la práctica, como se describe en la Tabla 1. Cuando se disponía de suficiente evidencia en el SOP, se hizo una recomendación basada en la evidencia, cuando no había suficiente evidencia en el SOP, se consideró la evidencia en poblaciones generales o relevantes y si era apropiado y había consenso, el GDG hizo recomendación es consensuadas. Los puntos de práctica destacan cuestiones clínicas y de implementación importantes que surgen de la consideración por parte del GDG de recomendacion es basadas en la evidencia o consensuadas.

Tabla 1: Categorías de las recomendaciones de las directrices sobre el SOP

EBR	Recomendaciones basadas en la evidencia: Evidencia suficiente para fundamentar una recomendación realizada por el grupo de desarrollo de la directriz.
CR	Recomendaciones de consenso: En ausencia de evidencia adecuada, el grupo de desarrollo de la directriz ha hecho una recomendación de consenso, también informada por la evidencia de la población general.
PP	Puntos prácticos: Evidencia no buscada. El grupo de desarrollo de la directriz ha establecido un punto de práctica cuando han surgido cuestiones importantes de la discusión de las recomendaciones basadas en la evidencia o en el consenso.

Los términos de recomendación incluyen "debería", "podría" y "no debería". Estos términos se basan en la naturaleza de la recomendación (evidencia o consenso), el marco GRADE y la calidad de la evidencia, y son descriptores independientes que reflejan el juicio del GDG multidisciplinar, incluidos los consumidores. Se refieren a la interpretación general y la aplicación práctica de la recomendación, equilibrando los beneficios y los daños. Debería" se utiliza cuando los beneficios de la recomendación superan los daños y cuando se puede confiar en la recomendación para guiar la práctica. Las recomendaciones condicionales se reflejan utilizando los términos "podría" o "debería/ podría considerar", que se emplean cuando la calidad de la evidencia es limitada o los estudios disponibles demuestran pocas ventajas claras de un enfoque sobre otro, o cuando el equilibrio entre beneficios y daños no está claro. No debería" se utiliza cuando o bien se carece de pruebas adecuadas, o bien los perjuicios pueden ser mayores que los beneficios.

El **GRADE** de la recomendación lo determina el GDG a partir de la consideración estructurada y transparente del marco GRADE16, incluidos los efectos deseables, los efectos indeseables, el equilibrio de los efectos, las necesidades de recursos y la rentabilidad, la equidad, la aceptabilidad y la viabilidad e incluye:

*	Recomendación condicional contra la opción
**	Recomendación condicional para la opción o la comparación
***	Recomendación condicional de la opción
***	Recomendación firme de la opción

La calidad de las pruebas se clasifica (véase el cuadro 2) en función de:

- información sobre el número y el diseño de los estudios que abordan el resultado
- juicios sobre la calidad de los estudios incluidos y/o las pruebas sintetizadas, como riesgo de sesgo, inconsistencia, indirecta, imprecisión y cualquier otra consideración que pueda influir en la calidad de la evidencia.
- · principales datos estadísticos
- clasificación de la importancia de los resultados.

La calidad de la evidencia refleja hasta qué punto nuestra confianza en una estimación del efecto es adecuada para apoyar una recomendación concreta16 y fue determinada en gran medida por el equipo de expertos en síntesis de pruebas.

Tabla 2: Calidad (certeza) de las categorías de evidencia (adaptado de GRADE)¹⁶

Alto	$\oplus \oplus \oplus \oplus$	Muy seguro de que el efecto real se aproxima al de la estimación del efecto.
Moderado	$\oplus \oplus \oplus \bigcirc$	Confianza moderada en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Bajo	$\oplus \oplus \bigcirc \bigcirc$	Confianza limitada en la estimación del efecto: El efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.
Muy baja	⊕000	Muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

GRADE señala que la calidad de la evidencia es un continuo; cualquier categorización discreta implica cierto grado de arbitrariedad. No obstante, las ventajas de simplicidad, transparencia y claridad compensan estas limitaciones.¹⁶

En el resumen de recomendaciones de la tabla 3 se aplica la categoría, los términos descriptivos, el GRADE de las recomendaciones y la calidad de la evidencia. En el cuerpo de la directriz, exponemos la necesidad clínica de la pregunta, la pregunta clínica, el resumen de la evidencia, la recomendación y los puntos de práctica y un resumen de la justificación desarrollada por el GDG y modificada por una amplia revisión internacional por pares. Las revisiones exhaustivas de la evidencia, los perfiles y los marcos GRADE que apoyan cada recomendación, pueden encontrarse en el Informe Técnico suplementario.

De acuerdo con los métodos Cochrane, la certeza de la evidencia varía significativamente entre los resultados de cada pregunta clínica. En esta guía, la certeza de la evidencia registrada refleja la certeza más baja para los tres principales resultados críticos de cada pregunta. Aquí, la evidencia fue a menudo más fuerte para el resultado más crítico y, a menudo, los ensayos controlados aleatorios (ECA) de alta calidad habían abordado una pregunta individual, pero la consideración de múltiples resultados y la inclusión de estudios adicionales de baja calidad pueden haber dado lugar a una evidencia de baja certeza en general. Estos matices en la evidencia fueron considerados por el GDG para cada pregunta clínica y se describen en el informe técnico y en las tablas GRADE. Por lo tanto, puede observarse una discrepancia aparente entre la fuerza de la recomendación y la certeza de la evidencia. Cuando esto ocurre, se añade una justificación a la directriz bajo la pregunta clínica pertinente.

Se trata de una directriz viva, como se indica en el capítulo 6. Para las áreas de la guía que progresan más rápidamente y en las que se prevé la aparición de nuevas pruebas a corto plazo, se realizará una revisión anual del alcance para buscar pruebas adicionales y se seguirá el proceso descrito en el capítulo 6. En la tabla de recomendaciones y en el resumen, éstas se indican con #. En la tabla de recomendaciones y en el resumen, se indican con #.

Resumen de recomendaciones

Tabla 3: Recomendaciones

Los números de recomendación y de informe técnico se corresponden. Las recomendaciones de consenso (RC) y los puntos prácticos (PP) no tienen calificación "GRADE", pero los resúmenes de las pruebas indican cómo se basaron en las pruebas sobre el SOP y la población general. # denota prioridad para las actualizaciones de las directrices vivas.

No. Living	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1		Detección, diagnóstico y evaluación de riesgos y etapas de la vida	
		Principios generales	
	PP	Se recomienda utilizar todas las evaluaciones diagnósticas de acuerdo con el algoritmo de diagnóstico uno.	
1.1		Ciclos irregulares y disfunción ovulatoria	
1.1.1	CR	Los ciclos menstruales irregulares se definen como: Normal en el primer año tras la menarquia como parte de la transición puberal. 1 a < 3 años después de la menarquia: < 21 o > 45 días 3 años después de la menarquia hasta la perimenopausia: < 21 o > 35 días o < 8 ci 1 año después de la menarquia > 90 días para cualquier ciclo Amenorrea primaria a la edad de 15 años o > 3 años después de la tetralarquia (desarrollo de las mamas) Cuando se presentan ciclos menstruales irregulares, debe considerarse un diagnóstico de SOP y evaluarse de acuerdo con estas directrices para el SOP.	❖❖❖ clos por año
1.1.2	PP	La edad media de la menarquia puede diferir entre poblaciones.	
1.1.3	PP	En las adolescentes con ciclos menstruales irregulares, el valor y el momento óptimo para la evaluación y el diagnóstico del SOP deben discutirse con la paciente y sus padres o tutores, teniendo en cuenta los retos diagnósticos en esta etapa de la vida y los factores psicosociales y culturales.	
1.1.4	PP	En el caso de las adolescentes que presentan rasgos de SOP, pero no cumplen los criterios diagnósticos, podría considerarse un "riesgo elevado" y aconsejarse una reevaluación en el momento o antes de la edad adulta. madurez reproductiva, 8 años después de la menarquia. Esto incluye a aquellas cor características de SOP antes del inicio de la píldora anticonceptiva oral combinada (POCC), aquellas con características persistentes y aquellas con un aumento de peso significativo en la adolescencia.	а

1.1.5	PP	La disfunción ovulatoria puede seguir produciéndose con ciclos regulares y, si es necesario confirmar la anovulación, pueden medirse los niveles séricos de
		progesterona.

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.2		Hiperandrogenismo bioquímico	
1.2.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben utilizar la testosterona total y libre para evaluar el hiperandrogenismo bioquímico en el diagnóstico del SOP; la testosterona libre puede estimarse mediante el índice de andrógenos libres calculado.	*** * 000
1.2.2	EBR	Si la testosterona o la testosterona libre no están elevadas, los profesionales sanitarios podrían considerar la posibilidad de medir la androstenediona y el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), teniendo en cuenta su menor especificidad y la mayor disminución de DHEAS asociada a la edad.	***
1.2.3	EBR	Los laboratorios deben utilizar ensayos de espectrometría de masas en tándem (LC-MS/MS) validados y de alta precisión para medir la testosterona total y, en caso necesario, la androstenediona y la DHEAS. La testosterona libre debe evaluarse por cálculo, diálisis de equilibrio o precipitación con sulfato de amonio.	*** * 000
1.2.4	EBR	Los laboratorios deberían utilizar ensayos LC-MS/MS en lugar de inmunoensayos de (por ejemplo, radiométricos, enzimáticos, etc.) para evaluar la testosterona total o libre, que tienen una exactitud limitada y demuestran una sensibilidad y precisión deficientes para diagnosticar el hiperandrogenismo en el SOP.	ir e≿tòs∻
1.2.5	PP	Para la detección del hiperandrogenismo en el SOP, la evaluación del hiperandrogenismo bioquímico es de mayor valor en pacientes con signos clínicos mínimos o inexistentes de hiperandrogenismo (es decir, hirsutismo).	
1.2.6	PP	Es muy difícil evaluar de forma fiable el hiperandrogenismo bioquímico en mujeres que toman la píldora anticonceptiva oral combinada (AOC), ya que la píldora aumenta la globulina fijadora de hormonas sexuales y reduce la producción de andrógenos dependientes de gonadotrofinas. Si ya se está tomando el COCP, aunque la evaluación de los andrógenos bioquímicos es imperativa, la píldora debe retirarse durante un mínimo de tres meses y la anticoncepción debe gestionarse de otro modo durante este tiempo.	
1.2.7	PP	Las mediciones repetidas de andrógenos para la evaluación continua del SOP en adultos tienen un papel limitado.	
1.2.8	PP	En la mayoría de los adolescentes, los niveles de andrógenos alcanzan los rangos adul 15 años de edad.	tos a los 12-
1.2.9	PP	Si los niveles de andrógenos están muy por encima de los valores de referencia del laboratorio, deben considerarse otras causas de hiperandrogenemia distintas del SOP, como neoplasias ováricas y suprarrenales, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de Cushing, hipertecosis ovárica (después de la menopausia), causas iatrogénicas y síndromes de resistencia grave a la insulina. Sin embargo, algunas neoplasias secretoras de andrógenos sólo se asocian a aumentos leves o moderados de los niveles de andrógenos. La historia clínica del momento de aparición y/o la rápida progresión de los síntomas es fundamental para evaluar la presencia de un tumor secretor de andrógenos.	

No. Vivir#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.2.10	PP	Los intervalos de referencia de los distintos métodos y laboratorios varían mucho y suelen ser basado en un percentil arbitrario o en las varianzas de la media de una población que no se ha caracterizado completamente y es muy probable que incluya a mujeres con SOP. Los valores normales deben determinarse bien por el intervalo de valores de un pozo población de control sana caracterizada o mediante análisis de conglomerados de valores de población.	
1.2.11	PP	 Los laboratorios que realizan mediciones de andrógenos en mujeres deben tener en cuenta: determinar los valores normales de laboratorio mediante el intervalo de valores en un pozo población sana de control caracterizada o mediante análisis de conglomerados de los valores de una amplia población general aplicar los métodos más precisos cuando estén disponibles utilizando inmunoensayos de extracción/cromatografía como alternativa a la masa espectrometría sólo cuando se disponga de los conocimientos adecuados La medición de andrógenos 11-oxigenados podría aportar mejoras en el futuro, y de establecer niveles de corte o umbrales basados en la validación a gran escala. en poblaciones de diferentes edades y etnias. 	•
1.3		Hiperandrogenismo clínico	
1.3.1	EBR	La presencia de hirsutismo por sí sola debe considerarse predictiva de hiperandrogenismo bioquímico y SOP en adultos.	*** ⊕○○○
1.3.2	EBR	Los profesionales sanitarios podrían reconocer que la caída del cabello de patrón femenino y el acné de forma aislada (sin hirsutismo) son predictores relativamente débiles de hiperandrogenismo bioquímico.	**** # 000
1.3.3	CR	Debe realizarse una anamnesis y una exploración física exhaustivas para detectar síntomas y signos de hiperandrogenismo clínico, como acné, pérdida de cabello de patrón femenino e hirsutismo en adultos, y acné grave e hirsutismo en adolescentes.	***
1.3.4	CR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes del posible impacto psicosocial negativo del hiperandrogenismo clínico y deben considerar importante la notificación del crecimiento excesivo de vello no deseado y/o de la pérdida de vello de patrón femenino, independientemente de lo siguiente de gravedad clínica aparente.	***

No. Vivir#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.3.5	CR	Para detectar el hirsutismo debe utilizarse una puntuación Ferriman Gallwey modificada (mFG) de 4-6, según el origen étnico, reconociendo que el autotratamiento es frecuente y puede limitar evaluación clínica.	***
1.3.6	CR	Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que la gravedad del hirsutismo puede variar según la etnia, pero la prevalencia del hirsutismo parece similar en todas las etnias.	***
1.3.7	PP	 Los profesionales sanitarios deben: ser consciente de que se prefieren las escalas visuales estandarizadas a la hora de evaluar el hirsutismo, como la escala mFG en combinación con un atlas fotográfico considerar las escalas visuales de Ludwig u Olsen para evaluar la pérdida de cabello de patrón femenino señalar que no existen instrumentos visuales universalmente aceptados para evaluar la presencia de acné reconocer que las mujeres suelen tratar el hiperandrogenismo clínico de forma cosmética, disminuyendo su aparente gravedad clínica apreciar que la autoevaluación del crecimiento excesivo de vello no deseado, y posiblemente acné y la caída del cabello de patrón femenino, tiene un alto grado de validez y merece una estrecha evaluación, incluso si los signos clínicos manifiestos de hiperandrogenismo no son evidentes. a examen tener en cuenta que para definir el hirsutismo sólo deben tenerse en cuenta los pelos terminales, y pueden alcanzar > 5 mm si no se tratan, varían en forma y textura y son generalmente pigmentado tenga en cuenta que el hiperandrogenismo de nueva aparición grave o que empeora, incluido el hirsutismo, requiere más investigación para descartar tumores secretores de andrógenos y ovarios. hiperecosis vigilar los signos clínicos de hiperandrogenismo, incluido el hirsutismo, el acné y la hembra patrón de pérdida de cabello, para la mejora o el ajuste del tratamiento durante la terapia. 	
1.4		Ecografía y morfología del ovario poliquístico	
1.4.1	EBR	El número de folículos por ovario (FNPO) debe considerarse el marcador ecográfico más eficaz para detectar la morfología del ovario poliquístico (PCOM) en adultos.	*** •••
1.4.2	EBR	El número de folículos por ovario (FNPO), el número de folículos por sección transversal (FNPS) y el volumen ovárico (OV) deben considerarse marcadores ecográficos precisos del PCOM en adultos.	*** •••
1.4.3	CR	Los criterios de PCOM deben basarse en el exceso de folículos (FNPO, FNPS) y/o el agrandamiento ovárico (OV).	****

1.4.4	CR	Un número de folículos por ovario (FNPO) ≥ 20 en al menos un ovario debe considerarse el umbral de PCOM en adultos.	***
1.4.5	CR	Un volumen ovárico (VO) ≥ 10 ml o un número de folículos por sección (FNPS) ≥ 10 en al menos un ovario en adultos debe considerarse el umbral para el PCOM si se utiliza tecnología más antigua o la calidad de la imagen es insuficiente para permitir una evaluación precisa del recuento de folículos en todo el ovario.	****

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.4.6	PP	No existen criterios definitivos para definir la morfología del ovario poliquístico (PCOM) en la ecografía en adolescentes, por lo que no se recomienda en adolescentes.	
1.4.7	PP	Cuando esté indicada una ecografía, si es aceptable para la persona, la transvaginal es el más preciso para el diagnóstico del PCOM.	
1.4.8	PP	La ecografía transabdominal debe informar principalmente del volumen ovárico (VO) con un umbral de ≥ 10 ml o un número de folículos por sección (FNPS) ≥ 10 en cualquiera de los ovarios en adultos, dada la dificultad de evaluar el recuento de folículos en todo el ovario. con este enfoque.	
.4.9	PP	En pacientes con ciclos menstruales irregulares e hiperandrogenismo, un ovario La ecografía no es necesaria para el diagnóstico del SOP.	
1.4.10	PP	Los umbrales del PCOM deben revisarse periódicamente con el avance de la ecografía y deben definirse valores de corte específicos para cada edad para el PCOM.	
1.4.11	PP	Es necesario formarse en el recuento cuidadoso y meticuloso de folículos por ovario y se recomiendan protocolos estandarizados claros para los informes de PCOM sobre ultrasonido incluyendo como mínimo: • último período menstrual (o fase del ciclo) • transductor ancho de banda frecuencia • aproximación/ruta evaluada • número total de folículos de 2-9 mm por ovario • medidas en tres dimensiones (en cm) o volumen de cada ovario • otras características y/o patología ováricas, incluidos quistes ováricos, cuerpo lúteo, folículos dominantes (≥ 10 mm) (que no deben incluirse en ovario cálculos de volumen) • confianza en la FNPO del ovario contralateral para el diagnóstico de PCOM, donde se observa un folículo dominante • Características uterinas y/o patología, incluido el grosor y el patrón endometrial.	
1.5		La hormona antimülleriana en el diagnóstico del SOP	
1.5.1	EBR	La hormona antimulleriana sérica (HAM) podría utilizarse para definir el PCOM en ad	ŮHÔS≯ ⊕⊕⊕○
.5.2	EBR	La HAM sérica sólo debe utilizarse de acuerdo con el algoritmo diagnóstico, teniendo en cuenta que en pacientes con ciclos menstruales irregulares e hiperandrogenismo, no es necesario un nivel de HAM para el diagnóstico del SOP.	**** ⊕⊕⊕○
1.5.3	EBR	Recomendamos que la AMH sérica no se utilice como prueba única para el diagnóstico del SOP.	*** *

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.5.4	EBR	La AMH sérica aún no debe utilizarse en adolescentes.	*** ••••
1.5.5	PP	Sin embargo, para definir el PCOM puede utilizarse tanto la HAM sérica como la ecografía, no deben realizarse ambas pruebas para limitar el sobrediagnóstico.	
1.5.6	PP	Los laboratorios y los profesionales sanitarios deben ser conscientes de los factores que influyen en AMH en la población general incluyendo: edad: La AMH sérica suele alcanzar su máximo entre los 20 y los 25 años de edad en la población general findice de masa corporal (IMC): la HAM sérica es menor en las personas con un IMC más elevado. en la población general anticoncepción hormonal y cirugía ovárica: La AMH sérica puede estar suprimida por uso actual o reciente de COCP día del ciclo menstrual: La AMH sérica puede variar a lo largo del ciclo menstrual.	
1.5.7	PP	Los laboratorios que realizan mediciones de AMH en hembras deben utilizar poblaciones	
1.6		y puntos de corte específicos del ensayo. Variación étnica	
1.6.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la elevada prevalencia del SOP en todas las etnias y en todas las regiones del mundo, que oscila entre el 10 y el 13% a escala mundial según los criterios de Rotterdam.	**** ⊕⊕○○
1.6.2	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que la prevalencia del SOP es similar en todas las regiones del mundo y etnias, pero puede ser mayor en las regiones del sudeste asiático y del Mediterráneo oriental.	*** •••
1.6.3	PP	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que la presentación del SOP puede variar según los grupos étnicos.	
1.7		Etapa de la vida menopáusica	
1.7.1	CR	Un diagnóstico de SOP podría considerarse duradero/para toda la vida.	***
1.7.2	CR	Los profesionales sanitarios podrían considerar que tanto el hiperandrogenismo clínico como el bioquímico persisten en la posmenopausia de las mujeres con SOP.	***
1.7.3	CR	El diagnóstico de SOP podría considerarse postmenopausia, si existe un diagnóstico anterior, o una historia a largo plazo de oligoamenorrea con hiperandrogenismo y/o SOP, durante los primeros años reproductivos (edad 20-40).	***
1.7.4	CR	En las mujeres posmenopáusicas que presentan hiperandrogenismo de nueva aparición, grave o que empeora, incluido el hirsutismo, debe considerarse la realización de investigaciones adicionales para descartar tumores secretores de andrógenos e hiperecosis ovárica.	***

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.8		Riesgo de enfermedad cardiovascular	
1.8.1	EBR	Debe considerarse que las mujeres con SOP tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y, potencialmente, de mortalidad cardiovascular, teniendo en cuenta que el riesgo general de enfermedad cardiovascular en mujeres premenopáusicas es bajo.	*** ⊕○○○
1.8.2	EBR	Todas las mujeres con SOP deben someterse a una evaluación de los factores de riesgo cardiovascular.	***
1.8.3	CR	Todas las mujeres con SOP, independientemente de la edad y el IMC, deben someterse a un perfil lipídico (colesterol, colesterol de lipoproteínas de baja densidad, colesterol de lipoproteínas de alta densidad y nivel de triglicéridos) en el momento del diagnóstico. Posteriormente, la frecuencia de las mediciones debe basarse en la presencia de hiperlipidemia y factores de riesgo adicionales o riesgo cardiovascular global.	***
1.8.4	CR	Todas las mujeres con SOP deben medirse la tensión arterial anualmente y cuando planifiquen un embarazo o busquen tratamiento de fertilidad, dado el alto riesgo de trastornos hipertensivos en el embarazo y las comorbilidades asociadas.	****
1.8.5	CR	Los organismos de financiación deberían reconocer que el síndrome de ovario poliquístico tiene una alta prevalencia y efectos multisistémicos, incluidas las enfermedades cardiometabólicas, y deberían diversificar y aumentar el apoyo a la investigación en consecuencia.	***
1.8.6	CR	Las directrices cardiovasculares de la población general podrían considerar la inclusión del SOP como factor de riesgo cardiovascular.	***
1.8.7	CR	Los profesionales sanitarios, las mujeres con SOP y otras partes interesadas deberían dar prioridad a las estrategias preventivas para reducir el riesgo cardiovascular.	***
1.8.8	PP	Deben tenerse en cuenta las diferencias en los factores de riesgo cardiovascular, y enfermedades cardiovasculares, entre etnias (véase 1.6.1) y edades, a la hora de determinar la frecuencia de la evaluación del riesgo.	
1.9		Alteración de la tolerancia a la glucosa y riesgo de diabetes tipo 2	
1.9.1	EBR	Los profesionales sanitarios y las mujeres con síndrome de ovario poliquístico deben ser conscientes de que, independientemente de la edad y el IMC, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico	***
		presentan un mayor riesgo de alteración de la glucosa en ayunas, alteración de la tolerancia a la glucosa y diabe 2.	⊕⊕○○ etes de tipo
1.9.2	EBR	El estado glucémico debe evaluarse en el momento del diagnóstico en todas las adultas y adolescentes con SOP.	***
1.9.3	CR	El estado glucémico debe reevaluarse cada uno o tres años, en función de los factores de riesgo individuales adicionales de diabetes.	***

1.9.4 CR Los profesionales sanitarios, las mujeres con SOP y otras partes interesadas deben dar prioridad a las estrategias preventivas para reducir el riesgo de diabetes tipo 2.

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.9.5	CR	Los organismos de financiación deberían reconocer que el síndrome de ovario poliquístico es muy prevalente, tiene un riesgo significativamente mayor de diabetes y debería financiarse en consecuencia.	***
1.9.6	CR	Las directrices generales para la población diabética deberían considerar la inclusión del SOP como factor de riesgo independiente de diabetes.	****
1.9.7	PP	Los profesionales sanitarios, los adultos y adolescentes con SOP y sus familiares de primer grado deben ser conscientes del mayor riesgo de diabetes y de la necesidad de una evaluación glucémica periódica.	
1.9.8	PP	Las mujeres con diabetes tipo 1 y tipo 2 tienen un mayor riesgo de padecer SOP, por lo que debe considerarse la posibilidad de realizar un cribado en personas diabéticas.	
		Pruebas de glucemia	
1.9.9	EBR	Los profesionales sanitarios y las mujeres con SOP deberían recomendar la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO) de 75 g como la prueba más precisa para evaluar el estado glucémico en el SOP, independientemente del IMC.	***
1.9.10	EBR	Si no se puede realizar una OGTT, se podría considerar la glucosa plasmática en ayunas y/o la hemoglobina glicosilada (HbA1c), observando una precisión significativamente reducida.	***
1.9.11	EBR	Debe considerarse la realización de una SOG en todas las mujeres con SOP y sin diabetes preexistente, cuando planifiquen un embarazo o busquen tratamiento de fertilidad, dado el alto riesgo de hiperglucemia y las comorbilidades asociadas en el embarazo. Si no se realiza antes de la concepción, podría ofrecerse una OGTT en la primera visita prenatal y a todas las mujeres con SOP debería ofrecérseles la prueba a las 24-28 semanas de gestación.	***
1.9.12	PP	La resistencia a la insulina es un factor fisiopatológico en el SOP, sin embargo, los ensayos de insulina disponibles clínicamente tienen una relevancia clínica limitada y no se recomiendan en la atención rutinaria (ver 3.1.10).	
1.10		Apnea obstructiva del sueño	
1.10.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que las mujeres con SOP tienen una prevalencia significativamente mayor de apnea obstructiva del sueño (AOS) en comparación con las mujeres sin SOP, independientemente del IMC.	*** ••••
1.10.2	EBR	Las mujeres con SOP deben ser evaluadas para detectar síntomas (es decir, ronquidos en combinación con despertarse sin descansar del sueño, somnolencia diurna o fatiga) y, si están presentes, realizar un cribado con herramientas validadas o derivarlas para su evaluación.	*** ••••
1.10.3	PP	Los cuestionarios sencillos de cribado de la apnea obstructiva del sueño (como el cuestionario de Berlín, validado en la población general) pueden ayudar a identificar apnea obstructiva del sueño en mujeres con SOP, teniendo en cuenta que el diagnóstico requiere un estudio formal del sueño.	la

1.10.4 PP Los objetivos del tratamiento deben dirigirse a la carga sintomática relacionada con la aprobatructiva del sueño.	nea
---	-----

No. Living	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
1.11		Hiperplasia endometrial y cáncer	
1.11.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que las mujeres premenopáus Las mujeres con SOP tienen un riesgo notablemente mayor de desarrollar hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.	si ¢a\$
1.11.2	PP	Las mujeres con SOP deben ser informadas sobre el mayor riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio, reconociendo que la probabilidad global de desarrollar cáncer de endometrio es baja, por lo que no se recomienda el cribado rutinario.	
1.11.3	PP	La amenorrea no tratada de larga duración, el sobrepeso, la diabetes de tipo 2 y el endometrio engrosado persistente se suman al SOP como factores de riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.	
1.11.4	PP	Las mujeres con SOP deben ser informadas de las estrategias preventivas, como el control del peso, la regulación del ciclo y el tratamiento regular con progestágenos.	
1.11.5	PP	Cuando se detecta un grosor endometrial excesivo, está indicada la realización de una biopsia con análisis histológico y sangrado por deprivación.	
1.12		Riesgos para los familiares	
1.12.1	EBR	Los profesionales sanitarios podrían considerar que los padres y hermanos de mujeres con SOP pueden tener una mayor prevalencia de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 e hipertensión.	***
1.12.2	PP	El riesgo cardiometabólico en familiares de primer grado de mujeres con SOP sigue sin ser concluyente.	
2		Prevalencia, detección y tratamiento de las características psicológicas y modelos de atención	
		Principios generales	
	PP	Los rasgos psicológicos son un componente común e importante del SOP que todos los profesionales sanitarios deben conocer.	
	PP	Los organismos de financiación deberían reconocer que el SOP tiene una alta prevalencia y un número significativamente mayor de trastornos psicológicos, a los que se debería dar prioridad y financiar en consecuencia.	
2.1		Calidad de vida	
2.1.1	EBR	Los profesionales sanitarios y las mujeres deben reconocer el impacto adverso del SOP y/o las características del SOP en la calidad de vida de los adultos.	***

No. Living#			Grado/ Calidad
2.1.2	PP	Debe preguntarse a las mujeres con SOP acerca de su percepción de los síntomas relacionados con el SOP, su impacto en la calidad de vida, sus principales preocupaciones y sus prioridades de tratamiento.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
2.2		Depresión y ansiedad	
2.2.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la alta prevalencia de síntomas depresivos de moderados a graves y de depresión en adultos y adolescentes con SOP y deben realizar un cribado de la depresión en todos los adultos y adolescentes con SOP, utilizando herramientas de cribado validadas regionalmente.	*** •••••
2.2.2	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la alta prevalencia de síntomas de ansiedad de moderados a graves y de trastornos de ansiedad en adultos, y deben realizar pruebas de detección de la ansiedad en todos los adultos con SOP, utilizando herramientas de detección validadas regionalmente.	**** ++++
2.2.3	CR	Si se detectan síntomas depresivos o de ansiedad moderados o graves, los profesionales deben seguir evaluando, derivar adecuadamente u ofrecer tratamiento.	***
2.2.4	PP	La gravedad de los síntomas y el diagnóstico clínico de depresión o ansiedad deben guiar el tratamiento. Se desconoce el intervalo óptimo para el cribado de la ansiedad y la depresión. Un enfoque pragmático podría incluir el cribado en el momento del diagnóstico y repetir en función del juicio clínico, los factores de riesgo, las comorbilidades y los acontecimientos vitales, incluido el periodo perinatal. El cribado de los trastornos mentales comprende la evaluación de los factores de riesgo, los síntomas y el riesgo de autolesión e intento de suicidio.	lo
2.3		Función psicosexual	
2.3.1	CR	Los profesionales sanitarios podrían tener en cuenta los múltiples factores que pueden influir en la función psicosexual en el SOP, como un mayor peso, hirsutismo, trastornos del estado de ánimo, infertilidad y medicación para el SOP.	***
2.3.2	CR	Debe pedirse permiso para hablar de la función psicosexual, teniendo en cuenta que el diagnóstico de disfunción psicosexual requiere una función psicosexual baja, combinada con malestar relacionado.	***
2.4		Imagen corporal	
2.4.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que las características del SOF pueden tener un impacto negativo en la imagen corporal.	••••
2.5		Trastornos de la alimentación	
2.5.1	EBR	Los trastornos de la alimentación deben tenerse en cuenta en el síndrome de ovario poli independientemente de que se trate de del peso, especialmente en el contexto del control del peso y las intervenciones sob el estilo de vida (véanse las secciones 2.4 y 3.6).	•
2.5.2	PP	Si se sospechan trastornos de la alimentación o trastornos alimentarios, los profesionales debidamente cualificados deben realizar una evaluación adicional mediante una entrevista diagnóstica completa. Si se detecta un trastorno alimentario o una alteración de la conducta	

n	Calidad
oe ofrecerse un tratamiento y un apoyo adecuados.	
	ebe ofrecerse un tratamiento y un apoyo adecuados.

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
2.6		Recursos de información, modelos de atención, consideraciones culturales y lingü	ísticas
2.6.1		Necesidades de información	
2.6.1.1	EBR	Todos los afectados por el síndrome de ovario poliquístico deben recibir información, educación y recursos adaptados, de alta calidad, culturalmente apropiados e integradores.	*** ••••
2.6.1.2	EBR	La información, la educación y los recursos son prioritarios para las pacientes con SOP y deben proporcionarse de forma respetuosa y empática.	*** ••••
2.6.1.3	CR	Las entidades responsables de la formación de los profesionales de la salud deben velar por que la información y la educación sobre el SOP se integren sistemáticamente en todos los niveles de formación de los profesionales de la salud para colmar las lagunas de conocimientos.	***
2.6.1.4	PP	La diversidad de la población debe tenerse en cuenta a la hora de adaptar los paradigmas de la práctica. Deben optimizarse las oportunidades de los profesionales sanitarios en todas las etapas de la formación de grado y posgrado, el desarrollo profesional continuo y los recursos de apoyo a la práctica.	
2.6.1.5	PP	Debe asesorarse a las mujeres sobre el riesgo de la desinformación y orientarlas hacia recursos basados en la evidencia.	
2.6.2		Modelos de atención	
2.6.2.1	CR	Los modelos de atención deben priorizar el acceso equitativo a una atención primaria basada en la evidencia, con vías de derivación a servicios integrados especializados y multidisciplinares según sea necesario.	****
2.6.2.2	PP	Las estrategias para ofrecer modelos óptimos de atención podrían incluir la formación de profesionales sanitarios, vías de atención, atención virtual, una participación más amplia de los profesionales sanitarios (por ejemplo, enfermeros profesionales) y herramientas de coordinación.	
2.6.3		Ayuda para controlar el SOP	
2.6.3.1	CR	Los agentes de la salud pública deberían considerar la posibilidad de aumentar la sensibilización y la educación de la sociedad sobre el síndrome de ovario poliquístico para reducir la estigmatización y la marginación.	***
2.6.3.2	PP	Deberían estudiarse recursos culturalmente apropiados y educación sobre el síndrome de ovario poliquístico a lo largo de toda la vida para las familias de los afectados.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
2.6.4		Atención al paciente	
2.6.4.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben emplear la toma de decisiones compartida y apor agencia del paciente o capacidad de tomar medidas independientes para gestionar sus cuidados.	
2.6.4.2	EBR	La importancia de estar bien informado sobre el SOP, de aplicar prácticas basadas en la evidencia a la hora de compartir noticias sobre diagnóstico, tratamiento e implicaciones para la salud, y de determinar y centrarse en las prioridades de los pacientes.	***
2.6.4.3	CR	Los responsables de los sistemas sanitarios deben propiciar cambios en todo el sistema para apoyar la formación, los conocimientos y la práctica de los profesionales sanitarios en el intercambio óptimo de noticias, la toma de decisiones compartida y la agencia del paciente, lo que incluye garantizar un tiempo de consulta adecuado y recursos accesibles.	***
2.6.4.4	PP	Las estrategias basadas en la evidencia para la toma de decisiones compartida y pa compartir noticias (como el marco SPIKES) están disponibles y deberían utilizarse para informar sobre la atención del SOPQ.	
		Todos los profesionales sanitarios que trabajen con mujeres con SOP deben estar bien informados para compartir las noticias, tomar decisiones compartidas y apoyar la autogestión de las pacientes.	
		Se pueden utilizar estrategias y recursos basados en la evidencia para apoyar la activación del paciente, que se refiere a los conocimientos, habilidades, capacidad, confianza y voluntad modificables para autogestionar su propia salud y cuidados.	
2.7		Terapia psicológica	
2.7.1	CR	A las mujeres con SOP diagnosticadas de depresión, ansiedad y/o trastornos alimentarios se les debe ofrecer terapia psicológica guiada por las directrices regionales para la población general y la preferencia de la mujer con SOP.	***
2.7.2	CR	A las mujeres con SOP con trastornos alimentarios, trastornos de la imagen corporal, baja autoestima, problemas con la identidad femenina o disfunción psicosexual se les deben ofrecer tratamientos basados en la evidencia (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual) cuando proceda.	***
2.8		Tratamiento antidepresivo y ansiolítico	
2.8.1	CR	La terapia psicológica podría considerarse el tratamiento de primera línea, y los antidepresivos, en adultos con trastornos mentales claramente documentados y persistentes, o si hay síntomas suicidas, según las directrices para la población general.	***

No. Livings	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
2.8.2	PP	Se debe considerar la intervención en el estilo de vida y otras terapias (por ejemplo, COCP, metformina, depilación láser) dirigidas a las características del SOP, dado su potencial para mejorar los síntomas psicológicos.	
		Cuando se ofrece tratamiento farmacológico para la ansiedad y la depresión en el SOP, los profesionales sanitarios deben actuar con cautela: • evitar un tratamiento inadecuado con antidepresivos o ansiolíticos • limitar el uso de agentes que exacerben los síntomas del SOP, incluido el aumento Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que no controlar la ansiedad y la depresión puede afectar a la adherencia al tratamiento/manejo del SOP.	·

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
3		Gestión del estilo de vida	
3.1		Eficacia de las intervenciones sobre el estilo de vida	
3.1.1	EBR	La intervención en el estilo de vida (ejercicio solo o dieta multicomponente combinada con ejercicio y estrategias conductuales) debe recomendarse a todas las mujeres con SOP, para mejorar la salud metabólica, incluida la adiposidad central y el perfil lipídico.	****
3.1.2	CR	Deben recomendarse a todas las mujeres con SOP conductas de estilo de vida saludable que incluyan una alimentación sana y/o actividad física para optimizar la salud general, la calidad de vida, la composición corporal y el control del peso (mantenimiento del peso, prevención del aumento de peso y/o pérdida moderada de peso).	***
3.1.3	PP	Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que la gestión del estilo de vida es un aspecto fundamental en el tratamiento del SOP.	
3.1.4	PP	Los objetivos y las prioridades de la gestión del estilo de vida deben desarrollarse conjuntamente con las mujeres con SOP y valorar las preferencias individuales de las mujeres.	
3.1.5	PP	Un estilo de vida saludable puede ser beneficioso aunque no se pierda peso.	
3.1.6	PP	 En las personas con mayor peso, el control del peso puede asociarse a mejoras clínicas significativas, por lo que deben tenerse en cuenta los siguientes puntos clave, entre otros un enfoque de por vida en la prevención de un mayor aumento de peso si el objetivo es perder peso, podría prescribirse un déficit energético adaptado a las mujeres, teniendo en cuenta las necesidades energéticas individuales, el peso corporal y los niveles de actividad física el valor de la mejora de la adiposidad central (por ejemplo, el perímetro de la cintura, la relación cintura-cadera) o de la salud metabólica la necesidad de evaluación y apoyo continuos. 	
3.1.7	PP	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes del estigma del peso cuando hal control del estilo de vida con mujeres con SOP [véase 3.6].	olen del
3.1.8	PP	Un estilo de vida saludable y un control óptimo del peso, en el contexto de un apoyo clínico estructurado, intensivo y continuado, parecen igual de eficaces en el SOP que en la población general.	
3.1.9	PP	En las personas sin sobrepeso, en la adolescencia y en los momentos clave de la vida, la atención debe centrarse en un estilo de vida saludable y en la prevención del aumento excesivo de peso.	
3.1.10	PP	La resistencia a la insulina es un factor fisiopatológico en el SOP, sin embargo, los ensayos de insulina disponibles clínicamente tienen una relevancia clínica limitada y no deben utilizarse en la atención rutinaria (consulte 1.9.12).	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
3.2		Estrategias de comportamiento	
3.2.1	CR	Las intervenciones en el estilo de vida podrían incluir estrategias conductuales como el establecimiento de objetivos, el autocontrol, la resolución de problemas, el entrenamiento en asertividad, el refuerzo de los cambios y la prevención de recaídas, para optimizar el control del peso, el estilo de vida saludable y el bienestar emocional en las mujeres con SOP.	***
3.2.2	PP	El apoyo conductual podría incluir: fijación de objetivos, resolución de problemas, autocontrol y revisión, u objetivos SMART (Específicos, Mensurables, Alcanzables, Realistas y Oportunos).	
3.2.3	PP	Podrían considerarse intervenciones conductuales saludables o cognitivo- conductuales integrales para aumentar el apoyo, el compromiso, la retención, la adherencia y el mantenimiento de un estilo de vida saludable y mejorar los resultados de salud en las mujeres con SOP.	
3.3		Intervenciones dietéticas	
3.3.1	EBR	Los profesionales sanitarios y las mujeres deben tener en cuenta que no existen pruebas que apoyen un tipo de composición de la dieta sobre otro para los resultados antropométricos, metabólicos, hormonales, reproductivos o psicológicos.	*** ⊕○○○
3.3.2	CR	Cualquier composición de la dieta coherente con las directrices de la población para una alimentación sana tendrá beneficios para la salud y, dentro de ella, los profesionales sanitarios deben aconsejar una alimentación sana sostenible adaptada a las preferencias y objetivos individuales.	***
3.3.3	PP	Es importante adaptar los cambios dietéticos a las preferencias alimentarias, permitiendo un enfoque flexible, individual y desarrollado conjuntamente para alcanzar los objetivos nutricionales y evitar dietas indebidamente restrictivas y nutricionalmente desequilibradas, de acuerdo con las directrices generales para la población.	
3.3.4	PP	Deben debatirse las barreras y los facilitadores para optimizar el compromiso y la adherencia al cambio dietético, incluidos los factores psicológicos y las limitaciones físicas, factores socioeconómicos y socioculturales, así como las motivaciones personales para el cambio. Debe tenerse en cuenta el valor de un compromiso familiar más amplio. Es preciso considerar la posibilidad de remitir a las mujeres a profesionales sanitarios debidamente formados. con síndrome de ovario poliquístico necesitan ayuda para optimizar su dieta.	
3.4		Intervenciones de ejercicio	
3.4.1	EBR	Los profesionales sanitarios y las mujeres podrían considerar que faltan pruebas que apoyen que un tipo y una intensidad de ejercicio sean mejores que otros para los resultados antropométricos, metabólicos, hormonales, reproductivos o psicológicos.	***

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
3.4.2	CR	Cualquier actividad física coherente con las directrices de la población tendrá beneficios para la salud y, dentro de ésta, los profesionales sanitarios deben aconsejar una actividad física sostenible basada en las preferencias y objetivos individuales.	****

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
3.4.3	CR	 Los profesionales sanitarios deben fomentar y aconsejar lo siguiente de acuerdo con las directrices generales de actividad física de la población: Todos los adultos deberían realizar alguna actividad física, ya que hacer algo de actividad física es mejor que nada. Los adultos deben limitar el tiempo dedicado al sedentarismo (por ejemplo, sentados o frente a una pantalla) y sustituirlo por actividad física de cualquier intensidad. (incluida la intensidad de la luz) aporta beneficios para la salud. Para la prevención del aumento de peso y el mantenimiento de la salud, los adultos (18-64 años) deben procurar realizar un mínimo de 150 a 300 minutos de actividades de intensidad moderada o de 75 a 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa por semana o una combinación equivalente de ambas repartidas a lo largo de la semana, además de actividades de fortalecimiento muscular (por ejemplo, resistencia/flexibilidad) dos días no consecutivos por semana. Para promover mayores beneficios para la salud, incluida una modesta pérdida de peso y la prevención de la recuperación de peso, los adultos (18-64 años) deben proponerse un mínimo de 250 min/semana de actividades de intensidad moderada o 150 min/semana de intensidades vigorosas o una combinación equivalente de ambas, además de actividades de fortalecimiento muscular (por ejemplo, resistencia/flexibilidad) idealmente en dos días no consecutivos por semana. Los adolescentes deben procurar realizar al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa, incluidas actividades que fortalezcan los músculos y los huesos, al menos tres veces por semana. 	***
3.4.4	PP	La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiera gasto energético. Incluye la actividad física en el tiempo libre, el transporte (por ejemplo, caminar o montar en bicicleta), la ocupación (es decir, el trabajo), las tareas domésticas, los juegos, los deportes o el ejercicio planificado, o las actividades en el contexto de las actividades cotidianas, familiares y comunitarias.	
3.4.5	PP	La actividad aeróbica se realiza mejor en tandas de al menos 10 minutos de duración, con el objetivo de alcanzar al menos 30 minutos diarios la mayoría de los días.	
3.4.6	PP	Deben discutirse las barreras y los facilitadores para optimizar el compromiso y la adherencia a la actividad física, incluidos los factores psicológicos (por ejemplo, preocupaciones por la imagen corporal, miedo a las lesiones, miedo al fracaso, salud mental), preocupaciones por la seguridad personal, factores ambientales, limitaciones físicas, factores socioeconómicos, factores socioculturales y motivadores personales para el cambio. Debe tenerse en cuenta el valor de un compromiso familiar más amplio. Es necesario derivar a los pacientes a profesionales sanitarios debidamente formados. a tener en cuenta para optimizar la actividad física en mujeres con SOP.	
3.4.7	PP	La autovigilancia, que incluye dispositivos de seguimiento de la forma física y tecnologías para el recuento de pasos y la intensidad del ejercicio, podría considerarse un complemento para apoyar y promover estilos de vida activos y minimizar los comportamientos sedentarios.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
3.5		Factores que influyen en el aumento de peso en el SOP	
3.5.1	EBR	Los profesionales sanitarios y las mujeres con SOP podrían considerar que faltan pruebas consistentes de diferencias fisiológicas o conductuales en el estilo de vida, relacionadas con el peso, en las mujeres con SOP en comparación con las mujeres sin SOP.	*** ⊕○○○
3.5.2	PP	Si bien los mecanismos específicos no están claros, se reconoce que muchas mujeres con SOP tendrán mecanismos subyacentes que impulsan un mayor aumento de peso longitudinal y un IMC más elevado que puede: mayores dificultades para controlar el peso destacar la importancia de las estrategias de vida sana a lo largo de toda la vida y de la prevención del sobrepeso ayudar a las mujeres con SOP y a los profesionales sanitarios a fijarse objetivos de estilo de vida realistas y adaptados a sus necesidades.	
3.6		Estigma del peso	
3.6.1	EBR	Muchas mujeres con síndrome de ovario poliquístico sufren el estigma del peso en la asistencia sanitaria y otros entornos, y deben reconocerse las repercusiones biopsicosociales negativas de esta situación.	***
3.6.2	CR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de sus prejuicios sobre el peso y del impacto que esto tiene en su práctica profesional y en las mujeres con SOP.	***
3.6.3	CR	Los responsables de las políticas sanitarias, los gestores y los educadores deben pr concienciación del estigma del peso e invertir en estrategias de educación y minimización del estign	
3.6.4	PP	Los profesionales sanitarios deben conocer las prácticas que tienen en cuenta el perque promuevan la aceptación y el respeto de la diversidad de tallas corporales y se centren en la mejora de los comportamientos y resultados sanitarios de las personas de todas las tallas. En el caso del SOP, esto incluye • reconocer que, aunque el sobrepeso es un factor de riesgo del síndrome de ovario poliquístico y sus complicaciones, es sólo un indicador de la salud y deben evaluarse factores más amplios • pedir permiso para discutir y medir el peso y utilizar estrategias para minimizar las molestias (por ejemplo, pesaje a ciegas) • reconocer que los términos "sobrepeso" y "obesidad" pueden ser estigmatizantes, por lo que se sugieren alternativas como "peso superior". • si se pesa, explicar cómo se utilizará la información sobre el peso para informar sobre la prevención y el tratamiento de riesgos y cómo el desconocimiento puede repercutir en las recomendaciones • garantizar la disponibilidad de equipos adecuados para mujeres de todas las talla ofrecer opciones de atención centrada en el peso (fomento de la pérdida de peso intencionada) o de atención que incluya el peso (fomento de un cambio de estilo de vida saludable sin centrarse en la pérdida de peso intencionada) adaptadas a los objetivos y preferencias individuales. • ofrecer a todas las mujeres las mejores prácticas de evaluación, tratamiento y apoyo independientemente de su peso, reconociendo que el peso puede ser	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
		un factor de riesgo no modificable cuando se recurre únicamente a la modificación del estilo de vida.	
3.6.5	PP	Debería considerarse la posibilidad de aumentar la concienciación sobre el estigma del peso entre los familiares de las mujeres y adolescentes con SOP.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4		Gestión de los rasgos de no fertilidad	
4.1		Principios farmacológicos del tratamiento del SOP	
	PP	Se requiere una toma de decisiones compartida entre el paciente (y los padres o tutores, si el paciente es un niño) y el profesional sanitario.	
	PP	A la hora de recomendar una intervención, sola o combinada, deben tenerse en cuenta las características, preferencias y valores de cada persona.	
	PP	Comprender cómo valoran los adultos y los adolescentes los resultados del tratamiento es esencial a la hora de prescribir medicamentos.	
	PP	Por lo general, la terapia médica no está aprobada para su uso específico en el SOP y, por lo tanto, el uso recomendado se basa en pruebas, pero no está indicado en la etiqueta. Los profesionales de la salud deben informar a los adultos, adolescentes y a sus padres o tutores y discutir la evidencia, las posibles preocupaciones y los efectos secundarios. Las agencias reguladoras deberían considerar la aprobación de medicamentos basados en la evidencia para su uso en el SOP.	
4.2		Anticonceptivos orales combinados	
4.2.1	EBR	La píldora anticonceptiva oral combinada (POCC) podría recomendarse en adultas en edad reproductiva con SOP para el tratamiento del hirsutismo y/o los ciclos menstruales irregulares.	*** ⊕○○○
4.2.2	EBR	El COCP podría considerarse en adolescentes de riesgo o con un diagnóstico claro de SOP para el tratamiento del hirsutismo y/o los ciclos menstruales irregulares.	*** • 000
4.2.3	EBR	Los profesionales sanitarios podrían considerar que no existe ninguna ventaja clínica en el uso de dosis altas de etinilestradiol (≥ 30 µg) frente a dosis bajas de etinilestradiol (< 30 µg) cuando se trata el hirsutismo en adultos con SOP.	*** ⊕○○○
4.2.4	EBR	Deben tenerse en cuenta las directrices generales para la población a la hora de prescribir AOC en adultos y adolescentes con SOP, ya que actualmente no pueden recomendarse tipos o dosis específicos de progestágenos, estrógenos o combinaciones de AOC.	*** ⊕○○○
4.2.5	EBR	Los preparados de 35 µg de etinilestradiol más acetato de ciproterona deben considerarse como tratamiento de segunda línea frente a otros AOC, sopesando los beneficios y los efectos adversos, incluidos los riesgos tromboembólicos venosos.	*** ⊕○○○

No. Vivir#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.2.6	EBR	Los anticonceptivos orales con sólo progestina pueden considerarse para la protección del endometrio, basado en directrices para la población general, reconociendo que la evidencia en mujeres con SOP es limitada.	***
4.2.7	PP	 Al prescribir AOC en adultos y adolescentes con SOP, y adolescentes con riesgo de SOP: Es importante abordar los principales síntomas de presentación y considerar otra tratamientos como las terapias cosméticas. Toma de decisiones compartida (incluida la información precisa y la tranquilidad sobre la eficacia y seguridad del COCP) y es probable que mejore la adherencia. Los preparados de estrógenos naturales y las dosis efectivas de estrógenos más bajas (como 20-30 microgramos de etinilestradiol o equivalente), necesitan consideración, equilibrar la eficacia, el perfil de riesgo metabólico, los efectos secundarios, el coste y la disponibilidad. Las pruebas relativamente limitadas sobre los COCP específicamente en el SOP deben ser apreciado con la práctica informada por las directrices de la población general Las contraindicaciones relativas y absolutas y los efectos secundarios de los AOC necesitan a tener en cuenta y ser objeto de un debate individualizado. Características específicas del SOP, como mayor peso y factores de riesgo cardiovascular, deben tenerse en cuenta. 	
4.3		Metformina	
4.3.1	EBR	La metformina sola debe considerarse en adultos con SOP y un IMC ≥ 25 kg/m² para los resultados antropométricos y metabólicos, incluida la resistencia a la insulina, la glucosa y los perfiles lipídicos.	*** ••••
4.3.2	EBR	La metformina sola podría considerarse en adolescentes en riesgo o con SOP para la regulación del ciclo, reconociendo que las pruebas son limitadas.	*** * 000
4.3.3	CR	La metformina sola puede considerarse en adultos con SOP e IMC < 25 $^{\rm kg/m2}$, reconociendo que la evidencia es limitada.	***

4.3.4 PP Cuando se prescribe metformina, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- La toma de decisiones compartida debe tener en cuenta la viabilidad y la eficacia de la intervención activa en el estilo de vida. Debe informarse a las mujeres de que la metformina y la intervención activa en el estilo de vida tienen una eficacia similar.
- Los efectos adversos leves, incluidos los gastrointestinales, suelen depender de la dosis y son autolimitados.
- Empezar con una dosis baja, con incrementos de 500 mg 1-2 veces por semana y preparados de liberación prolongada puede minimizar los efectos secundarios y mejorar la adherencia.
- La dosis diaria máxima sugerida es de 2,5 g en adultos y de 2 g en adolescentes.
- El uso parece seguro a largo plazo, basándose en el uso en otras poblaciones, sin embargo es necesario considerar las indicaciones para el requerimiento continuo.
- Su uso puede asociarse a niveles bajos de vitamina B12, especialmente en aquellas personas con factores de riesgo para un nivel bajo de vitamina B12 (por ejemplo, diabetes, poscirugía bariátrica/metabólica, anemia perniciosa, dieta vegana, etc.), en cuyo caso debe considerarse la monitorización.

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.4		Metformina y píldoras anticonceptivas orales combinadas	
4.4.1	EBR	El COCP podría utilizarse en lugar de la metformina para el tratamiento del hirsutismo en los ciclos menstruales irregulares del SOP.	***
4.4.2	EBR	La metformina podría utilizarse en lugar del COCP para indicaciones metabólicas er	# 80PQ . ⊕○○○
4.4.3	EBR	Podría considerarse que la combinación de AOCF y metformina ofrece escasos beneficios clínicos adicionales respecto a AOCF o metformina solos, en adultos con SOP con un IMC ≤30 kg/m².	*** ⊕○○○
4.4.4.	PP	En combinación con el COCP, la metformina puede ser más beneficiosa en grupos de alto riesgo metabólico, incluidos aquellos con un IMC > 30 kg/m², factores de riesgo de diabetes, intolerancia a la glucosa o grupos étnicos de alto riesgo.	
4.4.5	PP	Cuando la AOC está contraindicada, no se acepta o no se tolera, puede considerarse la metformina para los ciclos menstruales irregulares. En caso de hirsutismo, pueden ser necesarias otras intervenciones.	
4.5		Agentes farmacológicos contra la obesidad	
4.5.1	CR	Los medicamentos contra la obesidad, incluidos la liraglutida, la semaglutida, ambos agonistas del receptor del péptido similar al glucagón-1 (GLP-1) y el orlistat, podrían considerarse, además de la intervención activa sobre el estilo de vida, para el tratamiento del sobrepeso en adultos con SOP según las directrices para la población general.	***
4.5.2	PP	Los profesionales sanitarios deben asegurarse de que las mujeres que tomen agonistas de los receptores de GLP-1 dispongan de métodos anticonceptivos eficaces cuando sea posible un embarazo, ya que no se dispone de datos sobre la seguridad en el embarazo.	
4.5.3	PP	Se recomienda un aumento gradual de la dosis de agonistas de los receptores de GLP-1 para reducir los efectos adversos gastrointestinales.	
4.5.4	PP	A la hora de tomar decisiones compartidas sobre el uso de agonistas de los receptores de GLP-1 en mujeres con SOP, deben tenerse en cuenta los efectos secundarios y la posible necesidad de un uso a largo plazo para el control del peso, dado el alto riesgo de recuperación de peso tras la interrupción y la falta de datos de seguridad a largo plazo.	
4.6		Agentes farmacológicos antiandrógenos	
4.6.1	EBR	En combinación con una anticoncepción eficaz, los antiandrógenos podrían considerarse para tratar el hirsutismo en mujeres con SOP, si hay una respuesta subóptima después de un mínimo de seis meses de COCP y/o terapia cosmética.	***

No. Vivir#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.6.2	CR	Dado el impacto psicológico negativo de la caída del cabello de patrón femenino, los antiandrógenos en combinación con COCP podría ensayarse, reconociendo la falta de pruebas en la población con SOP.	***
4.6.3	PP	Siempre que el embarazo sea posible, los profesionales sanitarios deben educar y aconsejar mujeres y adolescentes, padre/s o tutor/es, sobre los riesgos de un tratamiento incompleto. desarrollo de las estructuras genitales externas de los fetos masculinos (subvirilización) cuando se utilizan antiandrógenos. Para evitarlo, las mujeres que pueden quedarse embarazadas deben Se recomienda encarecidamente el uso de métodos anticonceptivos eficaces (por ejemplo, dispositivos intrauterinos o AOC).	
4.6.4	PP	Los antiandrógenos podrían considerarse para tratar el hirsutismo, en presencia de otra forma eficaz de anticoncepción, para mujeres con contraindicaciones para la terapia COCP o cuando los COCP se toleran mal.	
4.6.5	PP	 Al prescribir antiandrógenos, basarse en las recomendaciones para la población general, los profesionales sanitarios deben tenerlo en cuenta: la espironolactona a 25-100 mg/día parece tener menos riesgos de efectos adversos No se aconseja el acetato de ciproterona en dosis ≥ 10 mg debido a un mayor riesgo incluido el meningioma la finesterida tiene un mayor riesgo de toxicidad hepática La flutamida y la bicalutamida presentan un mayor riesgo de toxicidad hepática grave. La evidencia relativamente limitada sobre los antiandrógenos en el SOP necesita ser apreciado con un número reducido de estudios y un número limitado de participantes. 	
4.7		Inositol	
4.7.1	EBR	El inositol (en cualquiera de sus formas) podría considerarse en mujeres con SOP en función de las preferencias y valores individuales, observando un daño limitado, potencial de mejora en las medidas metabólicas, aunque con beneficios clínicos limitados, incluyendo en la ovulación, el hirsutismo o el peso.	*** ⊕○○○
4.7.2	EBR	Debería considerarse la metformina frente al inositol para el hirsutismo y la adiposidad central, teniendo en cuenta que la metformina tiene más efectos secundarios gastrointestinales que el inositol.	*** ⊕○○○
4.7.3	PP	Se recomienda a las mujeres que tomen inositol y otras terapias complementarias que avisen a su profesional sanitario.	
4.7.4	PP	Actualmente no pueden recomendarse tipos, dosis o combinaciones específicas de inositol en adultos y adolescentes con SOP, debido a la falta de pruebas de calidad.	

4.7.5	PP	La toma de decisiones compartida debe incluir la discusión de que el estado normativo y el control de calidad del inositol en cualquiera de sus formas (al igual que otros suplementos nutricionales) pueden diferir de los de los productos farmacológicos, y las dosis y calidades pueden variar.
4.7.6	PP	Los responsables políticos y los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de garantizar que las mujeres tengan acceso a información no conflictiva y basada en pruebas para tomar decisiones compartidas, al tiempo que reconocen y respetan los valores y preferencias individuales, incluidas las terapias complementarias.

No. Living	# Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.8		Terapias mecánicas con láser y luz para la reducción del vello	
4.8.1	EBR	Las terapias mecánicas con láser y luz deben considerarse para reducir el hirsutismo facial y la depresión, ansiedad y calidad de vida relacionadas en mujeres con SOP.	***
4.8.2	EBR	Puede ser necesario un mayor número de sesiones de tratamiento con láser en las mujeres con SOP, en comparación con las mujeres con hirsutismo idiopático, para lograr la reducción del vello.	*** ⊕○○○
4.8.3	CR	Los efectos adversos parecen limitados en manos de proveedores experimentados y debidamente cualificados, por lo que debe animarse a las mujeres a acudir a este tipo de proveedores para someterse a terapias de reducción del vello.	***
4.8.4	PP	 Cuando se prescribe la depilación láser, hay que tener en cuenta lo siguiente: La longitud de onda y la administración del tratamiento láser varían según el colo el vello. El láser es relativamente ineficaz en mujeres con pelo rubio, gris o blanco. La adición de COCP, con o sin antiandrógenos, al tratamiento con láser puede proporcionar una mayor reducción y mantenimiento del vello en comparación con el láser solo. El láser de baja y alta fluencia parecen tener una eficacia similar en la reducción del vello facial, mientras que el láser de baja fluencia ha reducido el dolor asociado. 	r de la piel y
4.8.5	PP	Podría considerarse la depilación mecánica con luz pulsada intensa (IPL), aunque los beneficios pueden ser menos pronunciados en comparación con el tratamiento con láser. No hay pruebas que respalden la eficacia de los kits de luz pulsada intensa de uso doméstico.	
4.8.6	PP	Los responsables políticos deberían considerar la financiación de esta terapia eficaz pruebas para que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico alivien los angustiosos síntomas del hirsutismo y el impacto negativo relacionado en la calidad de vida, la imagen corporal y la salud psicológica.	basada en
4.9		Cirugía bariátrica/metabólica	
4.9.1	CR	Podría considerarse la cirugía bariátrica/metabólica para mejorar la pérdida de peso, la hipertensión, la diabetes (prevención y tratamiento), el hirsutismo, los ciclos menstruales irregulares, la ovulación y las tasas de embarazo en mujeres con SOP.	***
4.9.2	CR	La cirugía bariátrica/metabólica en mujeres con SOP debe basarse en las directrices para la población general.	***
4.9.3	CR	El síndrome de ovario poliquístico es una afección metabólica y podría considerarse indicación a menor Umbral de IMC para la cirugía bariátrica/metabólica similar al de otras enfermedades metabólicas, incluida la diabetes.	ะ เท้าสำ 🌣

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.9.4	CR	Debe advertirse a las mujeres de la probabilidad de un rápido retorno de la fertilidad y de la necesidad de comprometerse a utilizar métodos anticonceptivos eficaces, preferiblemente antes de la intervención quirúrgica. Incluso cuando se desea el embarazo, la anticoncepción debe continuarse hasta que se alcance un peso estable, normalmente al cabo de un año, para evitar un aumento significativo del riesgo de restricción del crecimiento, prematuridad, talla baja para la edad gestacional, complicaciones del embarazo y hospitalización prolongada del lactante.	***

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.10		Resultados del embarazo	
4.10.1	EBR	Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tienen embarazos de mayor riesgo, por lo que los profesionales sanitarios deben asegurarse de que se identifique su estado durante la atención prenatal y de que se les proporcione el seguimiento y el apoyo adecuados.	***
4.10.2	EBR	Los profesionales sanitarios deben reconocer que las mujeres embarazadas con SOP tienen un mayor riesgo de: mayor aumento de peso gestacional aborto espontáneo diabetes gestacional hipertensión en el embarazo y preeclampsia retraso del crecimiento intrauterino, bebés pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer parto prematuro cesárea.	***
4.10.3	EBR	Debe considerarse que la tecnología de reproducción asistida en mujeres con SOP no confiere un riesgo adicional de aborto espontáneo, parto prematuro, retraso del crecimiento fetal y cesárea, con respecto al observado en mujeres sin SOP.	*** ⊕○○○
4.10.4	EBR	Debe considerarse que las mujeres con SOP no tienen un mayor riesgo de tener bebés grandes para la edad gestacional, macrosomía y parto instrumental.	***
4.10.5	PP	Debe ofrecerse una intervención temprana sobre el estilo de vida a las embarazadas con SOP, dado el riesgo de mayor peso basal, aumento excesivo de peso gestacional y complicaciones del embarazo.	
4.10.6	PP	La medición de la presión arterial debe realizarse cuando se planifica un embarazo o se busca un tratamiento de fertilidad, dado el alto riesgo de trastornos hipertensivos en el embarazo y las comorbilidades asociadas en las mujeres con SOP.	,
4.10.7	PP	Debe ofrecerse una SOG a todas las mujeres con SOP cuando planifiquen un embarazo o busquen tratamiento de fertilidad, dado el alto riesgo de hiperglucemia y las comorbilidades asociadas en el embarazo. Si no se realiza en la fase de preconcepción, debe ofrecerse una OGTT en la primera visita prenatal y repetirse a las 24-28 semanas de gestación.	

No. Living	# Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
4.11	•	Metformina en el embarazo	
4.11.1	EBR	Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que no se ha demostrado que la metformina prevenga el SOP en mujeres embarazadas: diabetes gestacional aborto espontáneo tardío (de 12 semanas +1 día a 21 semanas +6 días de edad gest hipertensión en el embarazo preeclampsia macrosomía o peso al nacer ≥ 4000 g.	♦♦♦ ⊕⊕○○ acional)
4.11.2	EBR	La metformina podría considerarse en algunas circunstancias (por ejemplo, riesgo de parto prematuro), para reducir el parto prematuro y limitar el aumento excesivo de peso gestacional, en mujeres embarazadas con SOP.	*** ••••
4.11.3	PP	Debe advertirse a las mujeres de que las consecuencias de la exposición a la metformina sobre la salud de la descendencia a largo plazo siguen sin estar claras y se ha sugerido un aumento de peso en la infancia, aunque la causalidad no es segura.	
4.11.4	PP	Los efectos secundarios de la metformina son en su mayoría síntomas gastrointestinales leves y transitorios, y no empeoran durante el embarazo.	
5		Evaluación y tratamiento de la infertilidad	
		Principios generales	
	PP	Todo tratamiento de fertilidad en el SOP debe guiarse por el algoritmo de gestión de	la fertilidad
	PP	Las mujeres que padecen el síndrome de ovario poliquístico deben estar seguras de que el embarazo puede lograrse a menudo de forma natural o con ayuda.	
	PP	La suplementación con vitaminas prenatales debe iniciarse con una terapia de inducción de la ovulación en consonancia con la atención preconcepcional habitual.	
	PP	Debe excluirse el embarazo antes de la terapia de inducción de la ovulación.	
	PP	El uso de agentes inductores de la ovulación, incluidos el letrozol, la metformina y e citrato de clomifeno, no está autorizado en muchos países. En los casos en los que se permite el uso de inductores de la ovulación fuera de lo indicado, los profesionales sanitarios deben informar a las mujeres y comentar las pruebas, los posibles problemas y los efectos secundarios.	e s
	PP	En todos los estudios realizados con agentes de inducción de la ovulación debe realizarse un seguimiento continuado de las pacientes para detectar efectos adversos y de los recién nacidos para detectar anomalías congénitas.	

No. Living	# Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.1		Factores de riesgo previos a la concepción	
5.1.1	EBR	Las mujeres con SOP deben ser asesoradas sobre el impacto adverso del exceso de peso en el embarazo clínico, el aborto espontáneo y las tasas de nacidos vivos, tras el tratamiento de la infertilidad.	*** * 000
5.1.2	CR	En consonancia con la atención preconcepcional habitual, en las mujeres con SOP que planean un embarazo, deben tenerse en cuenta y optimizarse el peso, la tensión arterial, el tabaquismo, el alcohol, la dieta y el estado nutricional, la suplementación con folato (dosis más alta en las que tienen un IMC > 30), el ejercicio, el sueño y la salud mental, emocional y sexual para mejorar los resultados reproductivos y del embarazo y la salud general.	***
5.1.3	PP	En adolescentes y mujeres con SOP se recomienda un plan de vida reproductiva y una educación adecuada a la edad para optimizar la salud reproductiva, que incluya un estilo de vida saludable, la prevención del aumento excesivo de peso y la optimización de los factores de riesgo preconcepcionales.	
5.1.4	PP	Se anima a los profesionales sanitarios a que pidan permiso y, si se les da, evalúen peso y el índice de masa corporal e inicien un diálogo sobre la importancia del peso el estilo de vida en la salud de la mujer antes del embarazo. Ello exige cautela para evitar el estigma del peso y debe tener en cuenta los determinantes culturales, sociales y ambientales. de la salud (véase 3.6).	
5.1.5	PP	Las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, la ansiedad, la depresión y otros trastornos mentales, deben tratarse de forma óptima y las mujeres deben recibir asesoramiento sobre el riesgo de resultados adversos del embarazo.	
5.2		Prueba de permeabilidad tubárica	
5.2.1	CR	En las mujeres con SOP e infertilidad debida únicamente a anovulación con análisis de semen normal, los riesgos, los beneficios, los costes y el momento y las técnicas de las pruebas de permeabilidad tubárica en relación con el coste y la complejidad del tratamiento, deben considerarse de forma individual, en función de los antecedentes personales y la prevalencia en la población, antes de iniciar la inducción de la ovulación con coito cronometrado o inseminación intrauterina.	***
5.3		Letrozol	
5.3.1	EBR	El letrozol debe ser el tratamiento farmacológico de primera línea para la inducción de la ovulación en mujeres anovulatorias infértiles con SOP, sin otros factores de infertilidad.	*** ++++
5.3.2	PP	En muchos países, el uso de letrozol aún no está autorizado. Cuando no esté permitido, los médicos deben utilizar otros agentes inductores de la	ovulación.
5.3.3	PP	El letrozol no debe administrarse cuando exista la posibilidad de un embarazo preexistente, aunque no hay pruebas de que aumente la teratogenicidad en comparación con otros agentes inductores de la ovulación.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.4		Citrato de clomifeno y metformina	
5.4.1		Metformina frente a placebo	
5.4.1.1	EBR	La metformina podría utilizarse sola, en mujeres con SOP con infertilidad anovulatoria y sin otros factores de infertilidad, para mejorar las tasas clínicas de embarazo y de nacidos vivos, al tiempo que se informa a las mujeres de que existen agentes ovulatorios más eficaces.	*** ⊕⊕○○
5.4.1.2	PP	Debe advertirse a las mujeres de los posibles efectos secundarios gastrointestinales leves de la metformina.	
5.4.1.3	PP	La carga asistencial y de recursos, incluidos el seguimiento, los desplazamientos y los costes, son menores con la metformina.	
5.4.1.4	PP	Antes de prescribir metformina, debe tenerse en cuenta la edad y la detección de otros factores de fertilidad.	
5.4.2		Citrato de clomifeno frente a metformina	
5.4.2.1	EBR	El citrato de clomifeno podría utilizarse con preferencia a la metformina en mujeres con SOP con infertilidad anovulatoria y sin otros factores de infertilidad, para mejorar la ovulación, el embarazo clínico y las tasas de nacidos vivos.	*** ••••
5.4.2.2	PP	El riesgo de embarazo múltiple aumenta con el uso de citrato de clomifeno (solo o en combinación con metformina) y, por lo tanto, los ciclos de clomifeno pueden requerir un control ecográfico.	
5.4.3		Citrato de clomifeno y metformina frente a citrato de clomifeno solo	
5.4.3.1	EBR	El citrato de clomifeno combinado con metformina podría utilizarse en lugar del citrato de clomifeno solo en mujeres con SOP con infertilidad anovulatoria y sin otros factores de infertilidad para mejorar la ovulación y las tasas de embarazo clínico.	*** ⊕⊕○○
5.4.4		Citrato de clomifeno y metformina frente a metformina sola	
5.4.4.1	EBR	El citrato de clomifeno combinado con metformina podría utilizarse en lugar de metformina sola en mujeres con SOP con infertilidad anovulatoria y sin otros factores de infertilidad para mejorar las tasas de nacidos vivos.	*** ••••
5.4.4.2	PP	El seguimiento de los ciclos combinados deberá ser equivalente al del citrato de clor	mifeno solo
5.4.5		Citrato de clomifeno frente a letrozol	
5.4.5.1	EBR	Debe utilizarse letrozol en lugar de citrato de clomifeno en mujeres con SOP con infertilidad anovulatoria y sin otros factores de infertilidad para mejorar la ovulación, el embarazo clínico y las tasas de nacidos vivos.	***
5.4.5.2	PP	Las pruebas actuales no demuestran diferencias en las tasas de anomalías fetales entre la inducción de la ovulación con letrozol o citrato de clomifeno o la concepción natural.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.5		Gonadotrofinas	
5.5.1	EBR	Las gonadotropinas solas podrían considerarse mejor que el citrato de clomifeno en mujeres sin tratamiento previo con SOP con infertilidad anovulatoria y sin otros factores de infertilidad. mejorar las tasas de ovulación, embarazo clínico y nacidos vivos (véase PP 5.5.6).	*** ⊕⊕○○
5.5.2	EBR	Las gonadotropinas solas podrían utilizarse en lugar de las gonadotropinas combinadas con citrato de clomifeno en mujeres con SOP anovulatorias e infértiles con resistencia o fracaso al citrato de clomifeno, y sin otros factores de infertilidad.	*** ••••
5.5.3	EBR	Podría considerarse el uso de gonadotropinas en lugar de la combinación de citrato de clomifeno y metformina en mujeres con SOP anovulatorias e infértiles, con resistencia al citrato de clomifeno y sin otros factores de infertilidad.	*** + 000
5.5.4	EBR	Las gonadotrofinas o la cirugía ovárica laparoscópica podrían utilizarse en mujeres mujeres con SOP anovulatorias e infértiles, resistentes al citrato de clomifeno y con ningún otro factor de infertilidad, tras el asesoramiento sobre la mayor tasa de nacidos vivos y las mayores tasas de embarazo múltiple con gonadotropinas.	** •••
5.5.5	EBR	Las gonadotropinas podrían ser un tratamiento farmacológico de segunda línea para las mujeres con SOP anovulatorias e infértiles, sin otros factores de infertilidad y que hayan fracasado en la inducción oral de la ovulación de primera línea.	*** ⊕⊕○○
5.5.6	PP	 Cuando se vayan a prescribir gonadotropinas, deberá tenerse en cuenta lo siguiente: Coste de la intervención para la inducción de la ovulación. Experiencia necesaria para el uso de la intervención para la inducción de la ovulación. El grado de control ecográfico intensivo que se requiere. Para optimizar las posibilidades de desarrollo monofolicular, debe utilizarse un protocolo de dosis bajas de gonadotrofina. Implicaciones de un posible embarazo múltiple. 	
5.5.7	PP	No parece haber diferencias en la eficacia clínica de los preparados de gonadotrofina disponibles.	
5.5.8	PP	Cuando se utilizan gonadotropinas, la mejor práctica clínica es evitar el embarazo mu Entre las consideraciones a tener en cuenta se incluyen la cancelación de los ciclos cuando hay más de un total de dos folículos de más de 14 mm de diámetro y la recomendación de evitar las relaciones sexuales sin protección.	últiple.
5.5.9	PP	La tasa de nacidos vivos, la tasa de embarazo clínico por paciente y la tasa de ovulación por ciclo son mayores con las gonadotropinas que con el citrato de clomifeno.	
5.5.10	PP	Debe utilizarse un protocolo de dosis bajas de gonadotrofina para optimizar la posibilidad de crecimiento monofolicular y minimizar el embarazo múltiple.	
5.5.11	PP	El control del ciclo y los costes del medicamento, junto con la inyección múltiple, influirán en la elección del uso de gonadotrofina.	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.6		Cirugía laparoscópica de ovarios	
5.6.1	EBR	La cirugía ovárica laparoscópica podría ser un tratamiento de segunda línea para las mujeres con SOP anovulatorias e infértiles, con resistencia al citrato de clomifeno y sin otros factores de infertilidad.	*** ••••••••••••••••••••••••••••••••••
5.6.2	PP	 Cuando se utiliza la cirugía laparoscópica de ovarios, debe tenerse en cuenta lo sigue Coste comparativo de la intervención para la inducción de la ovulación. Experiencia necesaria para el uso seguro de la intervención para la inducción de ovulación. Riesgos tanto intraoperatorios como postoperatorios, que son mayores en las mujeres con un peso superior al saludable. 	
5.7		Fecundación in vitro y maduración in vitro	
5.7.0.1	CR	En ausencia de una indicación absoluta para la fecundación in vitro (FIV)/inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), podría ofrecerse la FIV a las mujeres con SOP e infertilidad anovulatoria, si han fracasado los tratamientos de inducción de la ovulación de primera o segunda línea.	
5.7.0.2	PP	En las mujeres con SOP anovulatorio, el uso de la FIV es eficaz y, cuando se recurre a la transferencia electiva de un solo embrión, se pueden minimizar los embarazos múltiples.	
5.7.0.3	PP	Las mujeres con SOP que se sometan a un tratamiento de FIV/ICSI deben ser asesoradas antes de iniciar el tratamiento sobre el mayor riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica y se les deben ofrecer opciones para reducir el riesgo.	
5.7.1		Protocolo sobre la hormona liberadora de gonadotrofina	
5.7.1.1	PP	El protocolo antagonista de la hormona liberadora de gonadotrofina (GnRH) no puede recomendarse sobre el protocolo largo agonista de la GnRH en mujeres con SOP sometidas a FIV/ICSI para mejorar el embarazo clínico o la tasa de nacidos vivos.	
5.7.1.2	PP	Se recomienda el uso de un protocolo antagonista de la GnRH para las mujeres con SOP que se someten a FIV/ICSI, ya que permite el uso de un desencadenante agonista, con la congelación de todos los embriones generados si es necesario, sin comprometer la tasa acumulativa de nacidos vivos, para reducir el riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica significativa.	
5.7.2		Tipo de disparo	
5.7.2.1	CR	Se recomienda desencadenar la maduración final de los ovocitos con un agonista de la GnRH y congelar todos los embriones adecuados, en un ciclo de FIV/ICSI con un protocolo de antagonistas de la GnRH, cuando no esté prevista una transferencia de embriones frescos o cuando exista un mayor riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica.	***
5.7.3		Elección de la hormona foliculoestimulante	

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.7.3.1	CR	La hormona foliculoestimulante (FSH) urinaria o recombinante podría utilizarse en mujeres con SOP sometidas a (hiper)estimulación ovárica (controlada) para FIV/ICSI con pruebas insuficientes para recomendar un tipo concreto de preparación de FSH.	**

No. Living#	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.7.4		Hormona luteinizante exógena	
5.7.4.1	CR	El tratamiento con hormona luteinizante recombinante exógena no debe usarse rutinariamente en combinación con la terapia de hormona foliculoestimulante en mujeres con SOP sometidas a hiperestimulación ovárica controlada para FIV/ICSI.	*
5.7.5		Metformina adyuvante	
5.7.5.1	EBR	El tratamiento complementario con metformina podría utilizarse antes y/o durante la estimulación ovárica con FSH en mujeres con SOP sometidas a tratamiento de FIV/ICSI con protocolo largo con agonistas de la GnRH, para reducir el riesgo de desarrollar síndrome de hiperestimulación ovárica y aborto espontáneo.	*** ••••••
5.7.5.2	PP	Una buena práctica en el SOP y la FIV es el uso de un protocolo de antagonistas de la GnRH, ya que da la flexibilidad de utilizar un disparador agonista de la GnRH, congelar toda la estrategia para reducir el riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica. Sin embargo, si se utiliza un protocolo largo con agonistas de la GnRH, se puede considerar la metformina. Si se utiliza metformina, podría considerarse lo siguiente: Comenzar con metformina al inicio del tratamiento con agonistas de la GnRH. Aumentar gradualmente la metformina hasta una dosis de entre 1.000 mg y 2.500 mg al día para minimizar los efectos secundarios. Interrupción del tratamiento con metformina en el momento de la prueba de embarazo o de la menstruación, a menos que el tratamiento con metformina esté indicado de otro modo.	
5.7.6		Maduración in vitro	
5.7.6.1	EBR	El uso de la maduración in vitro (MIV) y la ICSI podría considerarse en mujeres con SOP, como alternativa a un ciclo de FIV/ICSI estimulado, en el que se congela un embrión y se sustituye en un ciclo posterior de transferencia de embriones, reconociendo que no hay riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica, pero sí una menor tasa acumulada de nacidos vivos.	*** ++••
5.7.6.2	CR	El uso de la MIV y la ICSI podría considerarse antes de los ciclos de FIV/ICSI estimulados reconociendo tanto las ventajas como las limitaciones.	**
5.7.6.3	PP	La MIV sólo debe considerarse en servicios con suficiente experiencia, y es necesario abogar por centros de experiencia regionales o nacionales.	
5.7.6.4	PP	La MIV podría ofrecerse como opción en mujeres con síndrome de hiperestimulación ovárica grave previo y en las que el riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica grave se considere inaceptablemente alto, siempre que exista experiencia en técnicas de MIV.	
5.7.6.5	PP	Las pruebas sugieren que la MIV/ICSI es menos eficaz que la FIV/ICSI estándar en términos de embarazo clínico por paciente y tasa de nacidos vivos por paciente.	

No. Living	Tipo	Recomendación	Grado/ Calidad
5.8		Inositol	
5.8.1	EBR	El inositol en cualquiera de sus formas, solo o en combinación con otras terapias, debe considerarse una terapia experimental en mujeres con SOP con infertilidad, con beneficios y riesgos actualmente demasiado inciertos como para recomendar el uso de estos agentes como terapias de fertilidad.	*** ⊕○○○
5.8.2	PP	Existen pruebas limitadas, con resultados inciertos, sobre el efecto del inositol en la ovulación, el embarazo clínico y las tasas de nacidos vivos.	
5.8.3	PP	Se desconocen los efectos secundarios y la seguridad del inositol.	
5.8.4	PP	Las mujeres deben ser conscientes de que estos agentes pueden tener una regulación limitada con dosis, calidad, consistencia y combinación con otros agentes variables.	
5.8.5	PP	Al hablar de terapias complementarias, deben tenerse en cuenta los objetivos y preferencias personales de la mujer.	
5.9		Agentes farmacológicos contra la obesidad	
5.9.1	CR	Recomendamos el uso de agentes contra la obesidad en el SOP para obtener resultados reproductivos reproductivos sólo en entornos de investigación para establecer su eficacia y seguridad.	*