

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Consulta y asesoría médica para el uso de la
anticoncepción de emergencia

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-201-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción de emergencia, México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

CIE 10 Z30 Atención para la anticoncepción
 Z30.0 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
 Z30.4 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas
 Z30.8 Otras Atenciones especificadas para la anticoncepción

Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción de emergencia

Coordinadores:			
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Responsable estatal de guías de práctica clínica
Dr. Luis Ángel Terán Ortiz	Médico inmunólogo	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Jefe del departamento de enlace científico y académico
Autores:			
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Responsable estatal de guías de práctica clínica
Dr. Sabel Cornazzani Reyes	Médico general	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Coordinador estatal del programa de planificación familiar
Dr. Claudio Beltrán Calderón	Médico gineco-obstetra	Iniciativa Privada	Médico especialista
Dr. Fredy G. Vázquez Astudillo	Médico general	Iniciativa privada	Médico general
M.G.D.S. Fernando López Molina	Médico general y maestro en gerencia y dirección en salud	Jurisdicción Sanitaria No. II dependiente del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Coordinador jurisdiccional del programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia
Asesores:			
Dra. Lorraine Cárdenas Hernandez	Médica gineco-obstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de guías de práctica clínica de ginecología y obstetricia
Validación Interna:			
Dr. José Jesús Prado Alzacar	Medico gineco-obstetra y biólogo de la reproducción	Hospital de la Mujer	Médico adscrito
Validación Externa			
Dr. Victor Manuel Vargas Hernández	Academia Mexicana de Cirugía.		

ÍNDICE

1. Clasificación	6
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	7
3. Aspectos generales	8
3.1 Justificación	8
3.2 Objetivo de esta Guía	9
3.3 Definición	10
4. Evidencias y recomendaciones	11
4.1 Métodos de anticoncepción de emergencia	12
4.2 Orientación y consejería	12
4.3 Efectividad de la contracepción de emergencia	16
4.4 Indicaciones	18
4.5 Contraindicaciones	20
4.6 Efectos secundarios	20
4.7 Interacciones medicamentosas	22
4.8 Situaciones especiales.....	23
4.9 Seguimiento y control.....	24
5. anexos	26
Criterios de Evaluación	41
Opciones de Respuesta	41
Significado del criterio	41
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	41
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	41
Anexo VII. Evaluación del contenido clínico	41
Almirall R, Batalla C, Benaque E.	42
Septiembre 2004	42
Junio 2009	42
Septiembre 2004	42
España.....	42
Pregunta de Interés	42
Criterios de Evaluación	43
Opciones de Respuesta	43
Significado del criterio	43
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	43
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	43
Canadá	44
Pregunta de Interés	44
Criterios de Evaluación	45
Opciones de Respuesta	45
Significado del criterio	45
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	45
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	45
Pregunta de Interés	46
Criterios de Evaluación	47
Opciones de Respuesta	47

Significado del criterio	47
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	47
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	47
Agosto 2003.....	47
Marzo 2009.....	48
Pregunta de Interés	48
Criterios de Evaluación	49
Opciones de Respuesta	49
Significado del criterio	49
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	49
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	49
Pregunta de Interés	50
Criterios de Evaluación	51
Opciones de Respuesta	51
Significado del criterio	51
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	51
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	51
Pregunta de Interés	52
Criterios de Evaluación	53
Opciones de Respuesta	53
Significado del criterio	53
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	53
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	53
Pregunta de Interés	54
Criterios de Evaluación	55
Opciones de Respuesta	55
Significado del criterio	55
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	55
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	55
Pregunta de Interés	56
Criterios de Evaluación	57
Opciones de Respuesta	57
Significado del criterio	57
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	57
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	57
Pregunta de Interés	58
Anexo VIII. Definiciones Operativas.....	59
6. Bibliografía.....	62
7. Agradecimientos.....	63
8. Comité Académico	64
9. Directorio.....	65
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	66

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro				
Profesionales de la salud	Enfermera Médico familiar	Médico general Médico preventivo	Ginecólogo y obstetra Trabajador social	Psicólogo
Clasificación de la enfermedad	Z30 Atención para la anticoncepción, Z30.0 Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Z30.4 Supervisión del uso de drogas anticonceptivas Z30.8 Otras atenciones especificadas para la anticoncepción, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10			
Categoría de gpc	Primero y segundo nivel de atención	Consejería Consulta Asesoría	Prevención primaria y secundaria Educación sanitaria	
Usuarios potenciales	Personal de enfermería Personal de salud en servicio social Personal médico en formación	Médico general Médico familiar Médico gineco-obstetra Médico pediatra	Trabajadores sociales Psicólogo	
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Instituto de Salud del Estado de Chiapas			
Población blanco	Mujeres en Edad Fértil Unidas			
Fuente de financiamiento/ patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Instituto de Salud del Estado de Chiapas			
Intervenciones y actividades consideradas	Educación para el paciente (CIE9: 8901-8909) Consejería Seguimiento y control (Periodicidad de examen clínico, de laboratorio y gabinete)			
Impacto esperado en salud	Contribuir con: Reducir los embarazos no deseados mediante el incremento de conciencia y uso apropiado de la anticoncepción de emergencia.			
Metodología¹	Definición del enfoque de la gpc Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 11 Guías seleccionadas: 4 publicadas durante los últimos 10 años ó actualizaciones realizadas en este período Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Pediatría Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: 4 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *			
Método de validación y adecuación	Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Nacional de Pediatría Método de validación de la gpc: por pares clínicos Validación interna: Dr. José Jesús Prado Alcazar Validación externa :			
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés			
Registro y actualización	Catálogo Maestro: GO-SS-2008 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>			

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la anticoncepción de emergencia?
2. ¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?
3. ¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?
4. ¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?
5. ¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?
6. ¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?
7. ¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?
8. ¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?
9. ¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?
10. ¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?
11. ¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?
12. ¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?
13. ¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?
14. ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?
15. ¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El Programa de planificación familiar en México, está sustentado en bases legales, tanto en lo que concierne a la población como a la salud, lo que garantiza el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los individuos en lo que a materia de reproducción se refiere; así también las estadísticas muestran una alta incidencia de abortos que obedecen a embarazos no planeados o no deseados, como resultado de mujeres que tuvieron relaciones coitales sin protección, por falla del método de barrera o que fueron violadas y que de ninguna manera desean quedar embarazadas, ya que lo anterior cambia sus expectativas o proyectos de vida.

El uso de la **Anticoncepción de emergencia AE**, también conocida como anticoncepción hormonal postcoito, ofrece una oportunidad en la que el prestador de servicios juega un papel importante para la toma de decisiones de la usuaria. La AE es un método hormonal que puede prevenir el embarazo si se ingiere antes de las 120 horas (5 días) posteriores al coito sin protección. Esta consiste en la administración de pastillas anticonceptivas “normales” pero:

- En dosis concentradas
- En un periodo corto, y
- Dentro de las primeras horas después de una relación sexual sin protección anticonceptiva (en caso de violación, ruptura del condón, olvido de la pastilla, falla del ritmo o de la abstinencia)

La AE se refiere a cualquier método de anticoncepción el cual es utilizado luego de la relación coital y antes del tiempo potencial de implantación. Como estos métodos actúan antes de la implantación, no existen abortos. La AE es un método para uso ocasional y no debe ser utilizado como método regular de control de la natalidad (*SOGC 2004*).

Existen dos métodos de anticoncepción de emergencia: los métodos hormonales, los cuales incluyen el uso de **píldoras anticonceptivas de emergencia PAE's** y la inserción postcoito de un **dispositivo intrauterino de cobre DIU** (*SOGC 2004*).

La AE hormonal consiste en una combinación de dos tipos de hormonas: etinil-estradiol (estrógeno) y levonorgestrel o dl-norgestrel (progesterona), o el levonorgestrel solo. Estas hormonas son las que se encuentran en las pastillas anticonceptivas “normales”, que están disponibles comercialmente desde hace décadas. Existen también nuevos productos “dedicados”, es decir, con una presentación particular para la AE y que contienen la dosis necesaria de hormonas. Estos productos dedicados son los que han sido incorporados, recientemente, al Cuadro Básico de Medicamentos. Se trata de dos dosis de levonorgestrel de 0.75 miligramos cada una, que hoy se pueden adquirir en las farmacias bajo siete nombres comerciales.

Ofrecer anticoncepción de emergencia es muy importante para los programas de planificación familiar y de salud reproductiva a fin de mejorar la calidad de sus servicios y conocer mejor las necesidades de sus clientes. La anticoncepción de emergencia es necesaria porque ningún método anticonceptivo es 100% efectivo, y muy poca gente utiliza su método correctamente cada vez que tienen relaciones sexuales. Además, la anticoncepción de emergencia es muy útil en casos de asalto sexual. Las **píldoras de anticoncepción de emergencia PAEs**, comúnmente usadas y la forma más

conveniente de anticoncepción de emergencia, no son difíciles de proporcionar. PAEs especialmente empacados o suplementos de anticonceptivos orales regulares que pueden ser utilizados para anticoncepción de emergencia están fácilmente disponibles en muchos sitios. El personal sanitario puede ser entrenado fácilmente en relación a su uso correcto, consejería y seguimiento relacionado con las PAEs. Sin embargo, abastecer de PAEs exige atención especial en algunos tópicos, tales como la necesidad de asegurar el acceso rápido al método para maximizar su eficacia y la importancia de brindar información acerca de métodos adicionales a fin de prevenir tanto el embarazo como infecciones de transmisión sexual después del uso de las PAEs. (*International Consortium for Emergency Contraception, 2004*)

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción de emergencia**”, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el programa sectorial de salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Dotar a los prestadores de servicios de una herramienta que sustente información sobre la efectividad, utilidad, seguridad y aplicación de la anticoncepción de emergencia.
- Estandarizar su manejo y campo de aplicación.
- Ayudar a reducir los embarazos no deseados mediante el incremento de conciencia y uso apropiado de la anticoncepción de emergencia.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La anticoncepción de emergencia (CIE 10 Z30) se refiere a todos los métodos de anticoncepción que son utilizados después del coito y antes de la implantación. Los métodos comúnmente más utilizados pueden reducir el riesgo de embarazo entre un 75% a un 89%. Los métodos de **anticoncepción de emergencia** AE no son abortivos ya que ellos actúan antes de la implantación y están enfocados solamente para su uso ocasional para luego continuar utilizando un método regular de control de la natalidad (*SOGC Clinical Practice Guideline No. 131, Emergency Contraception, August 2003*).

Los **contraceptivos orales combinados** COC son una opción importante para las mujeres que recientemente han tenido un coito sin protección o falla en el método de contracepción y quienes no desean embarazarse. Los contraceptivos orales combinados han demostrado ser seguros y efectivos en estudios realizados durante las tres últimas décadas (*International Consortium for Emergency Contraception, 2004*).




4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.




La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.


Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN
	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Tanto el régimen de 1 píldora de levonorgestrel en dosis doble (1.5 mg) como el régimen regular de 2 dosis de levonorgestrel (0.75 mg cada dosis) pueden ser utilizados como anticoncepción de emergencia, ya que ambos tienen eficacia similar y no existe diferencia en los efectos colaterales.</p>
	<p>Se recomienda el DIU como el método más efectivo de anticoncepción de emergencia y que la paciente puede continuar utilizando como método efectivo hasta la caducidad del mismo. Para la inserción se requiere de un profesional preparado.</p>
	<p>Se recomienda la inserción del DIU porque es un método muy seguro y tiene una baja incidencia de efectos secundarios.</p>
	<p>I-A Evidencia obtenida de al menos un estudio de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y existe buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico <i>SOGC Clinical Practice Guidelines 2003</i></p>
	<p>B Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>
	<p>B Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>

4.2 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>A las mujeres que tienen relaciones coitales sin protección y desean prevenir el embarazo se les debe ofrecer anticoncepción de emergencia hormonal dentro de los 5 días siguientes al coito.</p>
	<p>II-2 A Evidencia de estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o de estudios de casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo investigador y existe</p>

buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2003

✓ /R

El clínico debe resumir la evidencia sobre la efectividad y la necesidad de la anticoncepción de emergencia en cada caso particular, para permitirle a la paciente tomar una decisión informada con respecto a su uso.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.
FFPRHC Guidance 2006

R

La anticoncepción hormonal de emergencia deberá estar disponible sin receta médica en las farmacias, clínicas de planificación familiar, salas de urgencias, clínicas de consulta externa y programas de salud escolar.

Grade B

Hay evidencia clara que soporta la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

E/R

A las mujeres en edad reproductiva se les debe proveer de una receta para hormonales de anticoncepción de emergencia para cuando le sea necesario.

I-A

Evidencia obtenida de al menos un estudio de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y existe buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2003

Grade A

Evidencia basada en estudios aleatorios controlados
FFPRHC Guidance 2006

E/R

A las mujeres se les debe informar que el régimen de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel es más efectivo y causa menos efectos colaterales que el régimen Yuzpe.

I-A

Evidencia obtenida de al menos un estudio de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y existe buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2003

R

A las pacientes se les debe proporcionar información escrita y verbal acerca de los índices de fracaso de la anticoncepción oral e intrauterina para permitirles tomar decisiones informadas y aumentar el cumplimiento y la

Grade A
Evidencia basada en estudios aleatorios controlados
FFPRHC Guidance 2006

eficacia del método.



La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel puede ser considerada dentro de 73 a 120 horas luego de la relación sexual sin protección, pero las mujeres deben estar informadas de que existe evidencia limitada sobre la eficacia y que tal uso se encuentra fuera de la licencia del producto, por lo que deben considerar la alternativa de un dispositivo intrauterino.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.

FFPRHC Guidance 2006



A las mujeres se les puede informar que la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel puede ser utilizada más de una vez en un ciclo, si está clínicamente indicado.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.

FFPRHC Guidance 2006

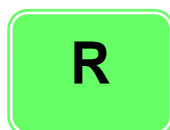


Una relación sexual sin protección dentro de las 12 horas posteriores a la ingesta de anticoncepción de emergencia, no requiere de una dosis nueva de anticoncepción de emergencia.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.

FFPRHC Guidance 2006



Se deberá realizar prueba de embarazo a las mujeres en quienes no se presente la menstruación dentro de los 21 días siguientes al tratamiento con anticoncepción de emergencia.

Grade A

Existe buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico

SOGC Clinical Practice Guidelines 2004



La administración oportuna de la anticoncepción hormonal de emergencia aumenta el uso de anticoncepción de emergencia sin disminuir el uso de métodos anticonceptivos regulares.

Nivel II-2

Evidencia de estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o de estudios de casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo investigador
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004



Las mujeres y los hombres en edad reproductiva deben tener consejería acerca de la anticoncepción de emergencia. A las mujeres se les deberá ofrecer una prescripción adelantándose a la necesidad.

Grade B

Hay evidencia clara que soporta la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico

SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

E

No se requiere un examen pélvico como prerrequisito para proporcionar anticoncepción de emergencia.

Nivel III

Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

R

La anticoncepción hormonal de emergencia deberá estar disponible sin prescripción en farmacias, clínicas de planificación familiar, salas de urgencias, clínicas de consulta externa y en los programas escolares de salud.

Grade B

Hay evidencia clara que soporta la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

E/R

A las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección se les puede ofrecer la inserción de un dispositivo intrauterino en un plazo de 7 días posteriores al coito, a fin de reducir el riesgo de embarazo.

II-2

Evidencia de estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o de estudios de casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo investigador
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

R

El dispositivo intrauterino de cobre puede ser insertado hasta dentro de los 7 días posteriores al coito en mujeres que no tienen contraindicaciones.

III-B

Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos y Hay evidencia clara que soporta la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2003

✓ /R

A las mujeres que acuden por anticoncepción de emergencia se les debe ofrecer un dispositivo intrauterino (o la información de cómo obtener uno) aún si se presentan dentro de las primeras 72 horas de la relación sexual sin protección.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.
FFPRHC Guidance 2006

R

Los dispositivos intrauterinos con banda de cobre en los brazos y que contienen al menos 380 mm² de cobre, tienen menores índices de falla y deben ser la elección de primera línea, particularmente si la mujer desea continuar con el dispositivo como método anticonceptivo de largo plazo.

Grade A

Evidencia basada en estudios aleatorios controlados
FFPRHC Guidance 2006

✓ /R

Idealmente se debe aplicar un dispositivo intrauterino como primera alternativa, pero la inserción puede ofrecerse después, de acuerdo a la conveniencia de la paciente. En este caso se debe administrar anticoncepción de emergencia con levonorgestrel en tanto no se coloque el dispositivo.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.

FFPRHC Guidance 2006

✓ /R

Si no existen las instalaciones disponibles para la inserción de un dispositivo intrauterino, los mecanismos de referencia local deben facilitar el acceso oportuno a un especialista que pueda brindar este servicio.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.

FFPRHC Guidance 2006

R

Un dispositivo intrauterino de cobre puede ser insertado luego de más de cinco días posteriores a una relación sexual sin protección. Si el momento de la ovulación puede ser estimado, la inserción puede realizarse más allá de los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección, siempre y cuando no ocurra más allá de cinco días posteriores a la ovulación.

Grade C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas.

FFPRHC Guidance 2006

4.3 EFECTIVIDAD DE LA CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

Evidencia / Recomendación

R

Yuzpe: La efectividad del tratamiento disminuye cuando aumenta el intervalo de tiempo entre la relación coital de riesgo y la administración del tratamiento.

Nivel / Grado

B

Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III
Institut Català de la Salut 2004

R

Algunos autores sugieren que este tratamiento también puede tener una cierta efectividad, aunque menor, si se administra dentro de un periodo máximo de 120 horas posteriores a la relación coital de riesgo.

C
 Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

R

Cuando se compara la efectividad del régimen de Yuzpe con la del levonorgestrel, esta última resulta más eficaz (riesgo relativo (RR): 0.51; 95% de intervalo de confianza (IC): 0.31 – 0.84).

A
 Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica. Niveles de evidencia científica Ia y Ib
Institut Català de la Salut 2004

R

Levonorgestrel: La eficacia anticonceptiva disminuye al aumentar el intervalo de tiempo entre la relación coital de riesgo y la administración del tratamiento.

B
 Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III
Institut Català de la Salut 2004

R

Levonorgestrel: Algunos autores sugieren que por tener una cierta efectividad, aunque menor, si se administra dentro de las 120 horas después de la relación coital de riesgo.

C
 Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

R

Prescribir dosis única de 1.5 mg (dos comprimidos de 0.75 mg) de levonorgestrel después de la relación coital de riesgo (dentro de las 72 horas).

C
 Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

E

Una dosis doble de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel (1.5 mg) es tan efectiva como el régimen regular de dos dosis de levonorgestrel (0.75 mg cada dosis), sin diferencias en cuanto a los efectos colaterales.

I
 Evidencia obtenida de al menos un estudio de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

4.4 INDICACIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Se debe realizar historia sexual a todas las mujeres que soliciten anticoncepción de emergencia para evaluar el riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual.</p> <p style="text-align: right;">C</p> <p>La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas. <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>A las mujeres que hayan tenido relaciones sexuales sin protección y deseen prevenir el embarazo se les puede ofrecer el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia antes de 5 días luego del coito, o la inserción de un DIU de cobre antes de 7 días luego del coito, para reducir el riesgo de embarazo.</p> <p style="text-align: right;">II-2</p> <p>Evidencia de estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o de estudios de casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo investigador <i>SOGC Clinical Practice Guidelines 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Debido a que la eficacia de la anticoncepción de emergencia puede ser más alta si se utiliza temprano, deberá iniciarse tan pronto como sea posible luego de un acto sexual sin protección.</p> <p style="text-align: right;">A</p> <p>Existe buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico <i>SOGC Clinical Practice Guidelines 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>El levonorgestrel debe ser administrado en una dosis simple de 1.5 mg tan pronto como sea posible luego de una relación sexual no protegida y dentro de las 72 horas posteriores a la misma.</p> <p style="text-align: right;">A</p> <p>Evidencia basada en estudios aleatorios controlados <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>La combinación de estrógenos y gestágenos deben administrarse dentro de las 72 horas posteriores a la relación coital de riesgo.</p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles</p>

R

A las usuarias de anticoncepción de emergencia se les deberá realizar una prueba de embarazo si la menstruación no inicia dentro de 21 días luego del tratamiento.

de evidencia científica IIa, IIb y III
Institut Català de la Salut 2004

A

Existe buena evidencia para soportar la recomendación de que la condición estará específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC Clinical Practice Guidelines 2004

R

En el tratamiento con levonorgestrel (gestágeno) es indispensable asegurar la correcta absorción del tratamiento ya que puede verse afectada por la presencia de vómitos. Este tratamiento no protege de un embarazo durante el resto del ciclo menstrual, por lo que es indispensable utilizar un método alternativo y efectivo de anticoncepción (por ejemplo de barrera) o bien que se mantengan relaciones no coitales hasta el ciclo menstrual siguiente.

C

Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

R

Se recomienda el uso de DIU porque presenta menos efectos secundarios que los anticonceptivos hormonales de emergencia y asegura la anticoncepción a largo plazo.

B

Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C. Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III
Institut Català de la Salut 2004

R

Antes de insertar un DIU de emergencia, a las mujeres con alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (edad menos de 25 años, múltiples parejas sexuales o más de una pareja en el último año) se les debe ofrecer la realización de la prueba para *Chlamydia trachomatis* (como mínimo).

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas.
FFPRHC Guidance 2006

✓ /R

En las mujeres valoradas como de alto riesgo para infecciones de transmisión sexual, si el resultado de las pruebas no está disponible al momento de la inserción del DIU de emergencia, deberá considerarse el uso de antibióticos profilácticos.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.
FFPRHC Guidance 2006

4.5 CONTRAINDICACIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p style="text-align: right;">C</p> <p>Los criterios de elegibilidad médica de la Organización Mundial de la Salud OMS, para el uso de anticonceptivos informan que no hay contraindicaciones médicas para el uso de la anticoncepción de emergencia hormonal.</p> <p>La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas. <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
<p>E/R</p>	<p>El uso de un DIU para anticoncepción de emergencia tiene las mismas contraindicaciones que la inserción de un DIU de rutina. Para la mayoría de las mujeres los beneficios del DIU superan los riesgos. El riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazo ectópico previo, edad temprana y nuliparidad, no son contraindicaciones del uso del DIU.</p> <p style="text-align: right;">OMS categoría 1 Uso sin restricción OMS categoría 2 Los beneficios generalmente superan los riesgos <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
<p>R</p>	<p style="text-align: right;">C</p> <p>En presencia de conductas de riesgo de infecciones de transmisión sexual sospechada clínicamente, podría estar indicada la profilaxis antibiótica con doxiciclina 200 mg o azitromicina 500 mg, por vía oral, una hora antes de la inserción del DIU.</p> <p>Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>

4.6 EFECTOS SECUNDARIOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p style="text-align: right;">I</p> <p>Evidencia obtenida de al menos un estudio de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados <i>SOGC Clinical Practice Guidelines 2004</i></p> <p style="text-align: right;">A</p> <p>Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica. Niveles de evidencia científica la y Ib <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>

R

No se recomienda el uso del régimen de Yuzpe porque tiene mayor frecuencia de efectos secundarios aunque menos contraindicaciones relativas, sin embargo también es menos efectiva que los gestágenos solos o el uso de DIU.

A/B

Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica. Niveles de evidencia científica Ia y Ib
Institut Català de la Salut 2004

R

Hay que tener en cuenta que todos los riesgos cardiovasculares de los estrógenos son más altos durante el embarazo que con el uso de contraceptivos hormonales a largo plazo y, por tanto, superiores a los que puede haber con la contracepción de emergencia hormonal

C

Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

R

Estar alertas de los efectos secundarios producidos por la combinación de estrógenos y gestágenos, como son náuseas, vómitos, mastodinia, cansancio, cefaleas, los cuales son más intensos y frecuentes en el régimen de Yuzpe.

A

Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica. Niveles de evidencia científica Ia y Ib
Institut Català de la Salut 2004

✓ /R

A las mujeres que experimentan vómitos dentro de dos horas posteriores a la administración de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel, se les debe advertir que tomen de una nueva dosis tan pronto como sea posible.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.
FFPRHC Guidance 2006

R

Es indispensable asegurar la correcta absorción del tratamiento que puede estar afectada por vómitos.

C

Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

E/R

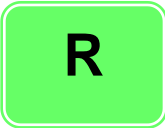
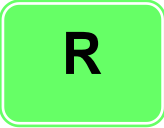

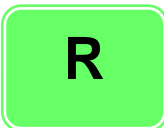
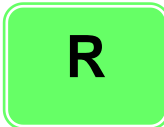
La pacientes deben ser informadas acerca de un pequeño aumento en la aparición de infección pélvica que puede ocurrir 20 días luego de la inserción del DIU, aunque el riesgo

A

Evidencia basada en estudios aleatorios controlados
FFPRHC Guidance 2006

es el mismo que en la población no usuaria de DIU.

4.7 INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>A las mujeres que utilizan drogas inductoras de enzimas hepáticas se les debe informar que la opción preferida de anticoncepción de emergencia es el DIU.</p> <p style="text-align: right;">A Evidencia basada en estudios aleatorios controlados <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
	<p>A las mujeres que utilizan drogas inductoras de enzimas hepáticas y que estén tomando levonorgestrel de 0.75 mg, se les debe informar que deberán tomar un total de 2.25 mg (3 tabletas) en una sola dosis, tan pronto como sea posible y dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Este uso está fuera de lo indicado en la licencia del producto.</p> <p style="text-align: right;">C La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas. <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
	<p>A las mujeres que utilizan drogas inductoras de enzimas hepáticas y que se les ha brindado tabletas de levonorgestrel de 1.5 mg, se les debe informar que tomen un total de 3 mg (2 tabletas) en una sola dosis, tan pronto como sea posible y dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Este uso está fuera de lo indicado en la licencia del producto.</p> <p style="text-align: right;">Punto de buena práctica No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos. <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
	<p>Las mujeres que utilicen drogas no inductoras de enzimas hepáticas (a corto o largo plazo) deben seguir el régimen normal de levonorgestrel (1.5 mg dentro de 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección).</p> <p style="text-align: right;">C La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas. <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>
	<p>No existen drogas conocidas que afecten el uso del DIU de emergencia.</p> <p style="text-align: right;">C La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas. <i>FFPRHC Guidance 2006</i></p>

4.8 SITUACIONES ESPECIALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>R</p>	<p>Vómitos durante el tratamiento hormonal: Si es necesario repetir el régimen de Yuzpe, utilizar la vía vaginal para asegurar la absorción, ya que la absorción por esta vía es idéntica a la oral.</p>	<p>C Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Si se toma algún alimento o se da tratamiento con un antiemético una hora antes de cada administración, la incidencia de vómitos disminuye. Estas medidas son menos efectivas una vez que han empezado los vómitos</p>	<p>A Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica. Niveles de evidencia científica la y lb <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Postparto y lactancia hasta las seis semanas: El levonorgestrel se excreta por la leche materna y hay que evitar tomar los comprimidos antes de lactar. Por lo tanto, se debe recomendar a la mujer que los tome justo después de "dar el pecho" al bebé. No se recomienda la utilización del régimen de Yuzpe.</p>	<p>C Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Interacciones medicamentosas de la anticoncepción de emergencia: En caso de necesitar anticoncepción hormonal de emergencia mientras se utiliza un tratamiento de los mencionados en la tabla 1, se aconseja duplicar la dosis de la anticoncepción de emergencia.</p>	<p>C Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Relación coital, riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual ITS: En el caso de existir factores de riesgo para ITS, se ha de recomendar el tratamiento con doxiciclina 100 mg, 1 comprimido cada 12 horas durante 7 días y una dosis de ceftriaxona</p>	<p>C Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV) <i>Institut Català de la Salut 2004</i></p>

250 mg o cefoxotina 2 g intramuscular. Realizar también determinación de anticuerpos de VIH y de hepatitis B, además de efectuar el seguimiento correspondiente.

R

Vómitos y/o diarreas persistentes: En esta situación, en caso de necesitar anticoncepción de emergencia, se aconseja la inserción de un DIU o el régimen de Yuzpe vía vaginal.

C

Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

R

Teratogenia : No existen estudios que evalúen la posibilidad de teratogenia de los diferentes tratamientos hormonales de anticoncepción de emergencia, en caso de producirse un embarazo. Si embargo, en el seguimiento de embarazos donde ha fallado la anticoncepción hormonal (con dosis superiores a las de la anticoncepción de emergencia) no se relacionan el uso de la misma con posible teratogenia.

C

Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad. Niveles de evidencia científica IV
Institut Català de la Salut 2004

4.9 SEGUIMIENTO Y CONTROL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓ /R

A las pacientes se les debe brindar consejería e información acerca del uso de su futuro método anticonceptivo de elección.

Punto de buena práctica

No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo de expertos.

FFPRHC Guidance 2006

R

La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel no proporciona cobertura anticonceptiva durante el resto del ciclo, por lo que se debe aconsejar un método anticonceptivo efectivo o la abstinencia.

B

Evidencia basada en otros estudios experimentales fuertes o estudios observacionales.

FFPRHC Guidance 2006

R

Se les debe aconsejar a las mujeres que se realicen una prueba de embarazo si su menstruación sufre un retraso de más de 7 días o si es más escasa de lo usual.

B

Evidencia basada en otros estudios experimentales fuertes o estudios observacionales.

FFPRHC Guidance 2006

R

El DIU de emergencia puede ser removido en cualquier momento luego de la siguiente menstruación si no se ha tenido ninguna otra relación sexual sin protección o si se ha iniciado anticoncepción hormonal dentro de los primeros cinco días del ciclo.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de opiniones de expertos y tiene el apoyo de autoridades respetadas.

FFPRHC Guidance 2006

5. ANEXOS

ANEXO I. TABLA I INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS ORALES

Grupo terapéutico	Principio activo	Efecto	Mecanismo de interacción	Recomendaciones
Antiepilépticos	Carbamazepina Oxcarbamazepina Fenitoína Fenobarbital Primidona Topiramato	Reducen la efectividad de los anticonceptivos combinados orales	Inducen la actividad enzimática hepática	Si coexisten durante un corto periodo de tiempo, utilizar un método anticonceptivo adicional* durante el tratamiento y una semana después de terminado el mismo.
Antifúngicos	Griseofulvina			En caso de rifabutina y rifampicina, se debe alargar el método anticonceptivo adicional durante 4 semanas después de finalizar el tratamiento
Antivirales	Nelfinavir Nevirapina Ritonavir			
Antiretrovirales	Lamivudina Zidovudina, etc.			
Antituberculosos	Rifabutina Rifampicina			Si coexisten en tratamientos de larga duración, utilizar un método anticonceptivo adicional*. En el caso de rifabutina y rifampicina se debe utilizar siempre un dispositivo intrauterino y mantener este método anticonceptivo al menos 8 semanas después de suspender el tratamiento inductor enzimático.
Antibióticos de amplio espectro	Ampicilina Amoxicilina Penicilina V Doxiciclina		Reducen la circulación enterohepática de los estrógenos	Pautas cortas de antibióticos: Utilizar un método anticonceptivo adicional* durante el tratamiento y durante una semana después de haberlo finalizado. Pautas de antibióticos superiores a 3 semanas: No se requieren precauciones adicionales a menos que se desarrollen resistencias bacterianas intestinales.

*Preservativo, diafragma, espermicida.

Fuente: Institut Català de la Salut 2004

ANEXO II. TABLA 2 EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

PILDORAS DE LEVONORGESTREL vs PILDORAS COMBINADAS

	% de mujeres que presentan el síntoma		
	Régimen		valor de p
	Combinado (%)	LNG (%)	
Náuseas	50.5	23.1	<0.01
Vómitos	18.8	5.6	<0.01
Mareos	16.7	11.2	<0.01
Fatiga	28.5	16.9	<0.01
Cefalea	20.2	16.8	0.06

Adaptada de WHO, Lancet 1998 , 352:428-33. Tomado de: Díaz S, Croxatto HB. Anticoncepción de emergencia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Ginecología, 3ª Edición. (Ed.) Alfredo Pérez-Sánchez. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile. En Prensa.

ANEXO III. TABLA 3 ANTICONCEPCIÓN REGULAR DESPUÉS DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

El uso de los métodos anticonceptivos puede iniciarse:

Condón: Inmediatamente

Diafragma: Inmediatamente

Espermicidas: Inmediatamente

Anticonceptivos orales: Dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual

Inyectable: Dentro de los 7 primeros días del ciclo menstrual

DIU: Durante el siguiente sangrado menstrual

Planificación familiar natural: En el próximo ciclo menstrual, según la técnica usada

Implantes: Dentro de los 7 primeros días del ciclo menstrual

Esterilización: Sólo después de elección libre e informada

Adaptado de International Planned Parenthood Federation (IPPF). Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning. 1997.
Tomado de: Díaz S, Croxatto HB. Anticoncepción de emergencia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Ginecología, 3ª Edición. (Ed.) Alfredo Pérez-Sánchez. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile. En Prensa.

ANEXO IV. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES

CRITERIOS PARA GRADAR LA EVIDENCIA

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. (JAMA, 1992) En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Sacket DL, 1996). En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica. (Guerra L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC. (Jovell AJ, 1995)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R, 2006), en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. (Guyatt GH, 1993) Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

Para propósitos de esta metodología de adopción, se empleará el modelo de GRADE (Marzo-Castillejo M, 2006), del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Grading System (www.sign.ac.uk), el modelo del Centre for Evidence Based Medicine, Oxford (www.cebm.net), el modelo del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (www.nice.org.uk) El modelo deberá seleccionarse de acuerdo a la guía adoptada e incluirse en anexo de escalas de evidencia, a continuación se enuncian los usados en la guía.

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, traducida y modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

Niveles de evidencia

1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

Niveles de evidencia de estudios de intervención national institute for health and clinical excellence (NICE)

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos ^A
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo ^A
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Nota: ^A Los estudios con un nivel de evidencia ‘-’ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación	

Estudios de intervención clasificación de las recomendaciones

A	Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados, Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D (PBP)	Evidencia nivel 3 o 4, o exxtrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Estudios de diagnóstico Niveles de evidencia

Ia	Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 ^b
Ib	Estudios de nivel 1 ^b
II	Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de expertos o opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'

Notas:

^a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática.

^b Estudios de nivel 1:

1. aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard)
2. en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba.

^c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de estas características:

1. población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba)
 2. utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia')
 3. la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada
- Estudios de casos y controles.

^d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.

Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)

Estudios de diagnóstico clasificación de las recomendaciones

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV

Escala de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

En su tercera edición, publicada recientemente y que puede consultarse en la *web* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm), se evalúa la calidad de la evidencia de una forma más elaborada que no sólo tiene en cuenta el tipo de diseño de los estudios (tabla 1). Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto (beneficios menos perjuicios) de la medida evaluada. Las definiciones siguientes han sido aplicables para todas aquellas recomendaciones votadas por la USPSTF previo a mayo del 2007.

Fuerza de las Recomendaciones

A	La USPSTF <i>recomienda claramente</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan los criterios. La USPSTF ha encontrado <i>buena evidencia</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos).
B	La USPSTF <i>recomienda</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. La USPSTF ha encontrado <i>evidencia moderada</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan a los riesgos.
C	La USPSTF <i>no recomienda a favor o en contra</i> de la intervención. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida puede mejorar los resultados en salud, pero los <i>beneficios son muy similares a los riesgos</i> y no puede justificarse una recomendación general.
D	La USPSTF <i>recomienda en contra</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida es ineficaz o que <i>los riesgos superan a los beneficios</i> .
I	La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para <i>recomendar a favor o en contra</i> de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

Niveles de Evidencia-Calidad de la Evidencia

Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

Escala del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ^{XIII}.

Grados de Evidencia

I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado diseñado apropiadamente
II-1	Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados si aleatorización
II-2	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de caso y control, preferentemente de más de un centro o grupo investigador
II-3	Evidencia obtenida de múltiples series de tiempo, con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrán considerarse en este tipo de evidencia
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o

reportes de comités de expertos

Nivel de las recomendaciones

A	Recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente
B	Recomendaciones basadas en evidencia científica limitada o inconsistente
C	Recomendaciones basadas principalmente en consensos y opiniones de expertos

Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist^{XV}.

	Clasificación de niveles de evidencia		Grados de recomendación
1a	Evidencia obtenida de metaanálisis de estudios controlados aleatorizados	A	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b.
1b	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado aleatorizado		
IIa	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado	B	Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados pero no aleatorizados referentes al punto de la recomendación Nivel de evidencia IIa, IIb III.
IIb	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización		
III	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos	C	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, y/o experiencia clínica de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables al tópico de la recomendación Nivel de evidencia IV
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	PBP	Recomendación de la mejor practica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrollo la guía

Sistema de Gradación de evidencia del ICSI (Institute Clinical System Improvement).

A. Reportes primarios de datos nuevos:	B. Reportes que sintetizan o reflejan reportes primarios:
Clase A: Estudios controlados aleatorizados	Clase M: Meta-análisis, Revisiones Sistemáticas, Análisis de Decisión, Análisis de Costo-efectividad
Clase B: Estudios de Cohorte	Clase R: Consenso de Expertos, Revisión Narrativa, Reporte de Consenso
Clase C: Estudios no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y	Clase X: Opinión Medica

control estudios de sensibilidad o especificidad de una prueba diagnóstica estudios poblacional descriptiva.	
Clase D: Estudio transversal, serie de casos, reporte de casos.	

Bibliografía

- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
- Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
- Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. 1993
- Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. Grading quality of evidence and strength of recommendations (GRADE) Working Group. Aten Primaria 2006;37(1):1-11. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#4a>
- Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford . Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Oxford : Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso 7 de septiembre del 2007]. Disponible en: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- Mercè Marzo, Castillejo Cristina, Viana Zulaica. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas 2007; 5 Supl 1: 6. [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods- Chapter 7: Reviewing and grading the evidence [Internet]. London: NICE; February 2004 (updated March 2005) [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter7_0305.pdf
- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3S):21-35
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Breast cancer screening. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 Apr. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 42).
- University of Michigan Health System. Adult preventive health care: cancer screening. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2004 May. 12 p
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Pregnancy and breast cancer. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Jan. 7 p. (Guideline; no. 12).

ANEXO V. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

GUÍA CONSULTA Y ASESORIA MÉDICA PARA LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática de **ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**. La búsqueda se realizó en PubMed, la Biblioteca Cochrane y el listado de sitios Web para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés, español o catalán.
- Publicados durante los últimos 10 años.
- Documentos enfocados a efectos adversos, instrumentación, métodos, estándares, tendencias, utilización.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español, inglés o catalán.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

La primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de Anticoncepción de Emergencia, en la base de datos PubMed. Al buscar el término validado en inglés para el tema de la guía se ubicó el descriptor validado ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL / CONTRACEPTION POSTCOITAL, con los criterios de inclusión y exclusión arriba mencionados. Se obtuvieron 4 resultados de los que se recuperó un documento de utilidad para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"Contraception, Postcoital"[Mesh] OR ("Contraception, Postcoital/adverse effects"[Mesh] OR "Contraception, Postcoital/instrumentation"[Mesh] OR "Contraception, Postcoital/methods"[Mesh] OR "Contraception, Postcoital/standards"[Mesh] OR "Contraception, Postcoital/trends"[Mesh] OR "Contraception, Postcoital/utilization"[Mesh])) Limits: Publication Date from 1999 to 2009, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish	4

Algoritmo de Búsqueda

1. - Contraception, Postcoital" [Mesh]
2. - Adverse effects [Subheadings]
3. - Instrumentation [Subheadings]
4. - Methods [Subheadings]
5. - Standards [Subheadings]
6. - Trends [Subheadings]
7. - Utilization [Subheadings]
8. - # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7
9. - # 1 AND # 8
10. - "1999"[PDAT] : "2009"[PDAT]
11. - # 9 AND # 10
12. - English [lang]
13. - Spanish [lang]
14. - # 12 OR # 13
15. - # 11 AND # 14
16. - Practice Guideline [ptyp]
17. - Guideline [ptyp]
18. - # 16 OR # 17
19. - # 15 AND # 18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7) AND # 10 AND (# 12 OR # 13) AND (# 16 OR # 17)

Segunda etapa

Se realizó la búsqueda de revisiones sistemáticas en la Biblioteca Cochrane con los términos de anticoncepción de emergencia y anticoncepción de urgencia, se recuperaron 2 documentos (revisiones sistemáticas).

Tercera etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web, en 8 de estos sitios se recuperaron 8 documentos que se utilizaron para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Utilizados
1	Instituto Catalán de la Salud	1
2	CMA Infobase	1
3	Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.	1
4	SciELO	1
5	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)	1
6	BVS Cuba	1
7	World Health Organization	1
8	The International Consortium for Emergency Contraception	1
	Total	8

ANEXO VI. LISTADO DE RECURSOS

ETAPA DE INTERVENCIÓN: Acciones preventivas, educativas y de intervención.

TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES: Anticoncepción de Emergencia.

RECURSOS HUMANOS:

- Pasantes en servicio social
- Personal de salud en formación
- Coordinador comunitario de salud
- Médico general
- Médico familiar
- Enfermera general
- Auxiliar de enfermería
- Médico especialista en gineco-obstetricia

INSUMOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

EQUIPO MÉDICO:

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
513.130.0054	BÁSCULA CON PEDESTAL Y ESTADÍMETRO AJUSTABLE
531.116.0302	ESFIGMOMANÓMETRO DE PARED
531.375.0217	ESTETOSCOPIO BIAURICULAR CÁPSULA DOBLE
535.618.0710	MARTILLO PARA REFLEJOS
531.621.1306	MESA DE EXPLORACIÓN UNIVERSAL
531.704.0588	PORTA-TERMÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE
531.295.0040	ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO PRIMER NIVEL
531.116.0328	ESFIGMOMANÓMETRO MERCURIAL PORTÁTIL
531.375.0209	ESTETOSCOPIO DE CÁPSULA SENCILLA
	ESPEJO VAGINAL

MOBILIARIO Y EQUIPO ADMINISTRATIVO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Escritorio Médico	1
Sillón Individual	1
Silla Individual	2
Archivero	1
Bote de basura	1
PC	1
Impresora	1
Mesa de exploración	1

MATERIAL DE CURACIÓN:

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
060.004.0109	ABATELENGUAS
060.621.0524	CUBREBOCAS
060.436.0057	GASAS
060.436.0107	
060.456.0383	GUANTES
060.456.0391	
060.456.0409	
060.537.0048	JABONES
060.550.0016	JERINGAS
060.550.0354	
060.550.0677	
060.550.0024	
060.550.0370	
060.550.0735	
060.879.0150	TERMÓMETROS
060.040.3711	AGUJAS HIPODÉRMICAS
060.040.3729	
060.040.3745	
060.040.3786	
060.040.3760	

MEDICAMENTOS:

CLAVE	DESCRIPCIÓN
2210	Levonorgestrel 0.75 mg
3507	Levonorgestrel 1.5 mg
2208	DIU de cobre

ANEXO VII. EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO



Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

1. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
2. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
3. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente** la **información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	001
Nombre completo del evaluador	Sonia Victoria Santiago Lastra

Nombre Autores (los dos primeros)	ALMIRALL R, BATALLA C, BENAQUE E.
Institución que respalda la GPC	Instituto Catalán de Salud
Fecha de Elaboración	SEPTIEMBRE 2004 Día / mes / año
Fecha de revisión	JUNIO 2009 Día / mes / año
Fecha de Publicación	SEPTIEMBRE 2004 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Catalán
País dónde se realizó la GPC	ESPAÑA

Pregunta de Interés	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?			X	
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?				X
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?				X
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?				X
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?				X
		Si	No	
	Recomendada	X		
	No recomendada			

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

4. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
5. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
6. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	002
Nombre completo del evaluador	Fernando Javier López Molina
Nombre Autores (los dos primeros)	Black A, Francoeur D, Rowe T.
Institución que respalda la GPC	SOGC
Fecha de Elaboración	Febrero 2004 Día / mes / año
Fecha de revisión	Marzo 2009 Día / mes / año

Fecha de Publicación	<u>Febrero 2004</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	CANADÁ

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?		X		
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?		X		
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?		X		
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?			X	
		Si	No	
	Recomendada	X		
	No recomendada			

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

7. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
8. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
9. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	003
Nombre completo del evaluador	Claudio Beltrán Calderón
Nombre Autores (los dos primeros)	Cheng L, Gülmezoglu AM.
Institución que respalda la GPC	Cochrane
Fecha de Elaboración	2008 Día / mes / año
Fecha de revisión	Abril 2009 Día / mes / año

Fecha de Publicación	2008 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Español (versión traducida)
País dónde se realizó la GPC	Reino Unido

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?		X		
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?			X	
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?	X			
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?	X			
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?		X		
		Si	No	
	Recomendada	X		
	No recomendada			

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

10. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
11. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
12. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	004
Nombre completo del evaluador	Freddi Vázquez Astudillo
Nombre Autores (los dos primeros)	Dunn S, Guilbert E
Institución que respalda la GPC	SOGC
Fecha de Elaboración	AGOSTO 2003 Día / mes / año

Fecha de revisión	MARZO 2009 Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>Agosto 2008</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	Canadá

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?			X	
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?			X	
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?		X		
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?				X
		Si	No	
		X		
		No recomendada		

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

13. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
14. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
15. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	005
Nombre completo del evaluador	Sonia Victoria Santiago Lastra
Nombre Autores (los dos primeros)	Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care
Institución que respalda la GPC	Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
Fecha de Elaboración	<u>Abril 2006</u> Día / mes / año

Fecha de revisión	Junio 2009 Día / mes / año
Fecha de Publicación	abril 2006 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	Inglaterra

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?			X	
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?				X
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?				X
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?			X	
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?				X
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?				X
	Si	No		
	Recomendada	X		
	No recomendada			

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

16. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
17. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
18. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	006
Nombre completo del evaluador	Sabel Cornazzanni
Nombre Autores (los dos primeros)	Polis CB, Schaffer K
Institución que respalda la GPC	Cochrane
Fecha de Elaboración	<u>2007</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>Julio 2009</u> Día / mes / año

Fecha de Publicación	2008 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Español (versión traducida)
País dónde se realizó la GPC	Reino Unido

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?		X		
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?		X		
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?		X		
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?		X		
		Si	No	
		X		
		No recomendada		

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

19. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
20. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
21. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	007
Nombre completo del evaluador	Luis Ángel Terán Ortiz
Nombre Autores (los dos primeros)	Schenk KD
Institución que respalda la GPC	Reproductive health alliance
Fecha de Elaboración	<u>2001</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>Marzo 2009</u> Día / mes / año

Fecha de Publicación	2001 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	Reino Unido

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?		X		
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?		X		
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?		X		
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?	X			
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?	X			
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?	X			
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?	X			
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?		X		
		Si	No	
		Recomendada		
		No recomendada	X	

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

22. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
23. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
24. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	008
Nombre completo del evaluador	Sabel Cornazzani Reyes
Nombre Autores (los dos primeros)	The International Consortium for Emergency Contraception
Institución que respalda la GPC	The International Consortium for Emergency Contraception
Fecha de Elaboración	<u>2004</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>Marzo 2009</u> Día / mes / año

Fecha de Publicación	2004 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	Estados Unidos

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?			X	
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?			X	
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?		X		
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?		X		
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?		X		
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?		X		
	Si	No		
	Recomendada			
	No recomendada	X		

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

25. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
26. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
27. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO DE UNA GPC

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Folio de Identificación	009
Nombre completo del evaluador	Fernando Javier López Molina
Nombre Autores (los dos primeros)	WHO
Institución que respalda la GPC	WHO
Fecha de Elaboración	<u>1998</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>Mayo 2009</u> Día / mes / año

Fecha de Publicación	1998 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	Suiza

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuál es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia?				X
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas cómo se usa la anticoncepción de emergencia con hormonal oral de sólo progestina y el combinado?			X	
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las indicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción de emergencia?				X
¿Existen factores de riesgo por los que las mujeres en edad fértil unidas no deban utilizar anticoncepción de emergencia?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia, cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?			X	
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Se considera a la anticoncepción de emergencia como abortiva?			X	
¿Entre las mujeres en edad fértil unidas se debe utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo formal?		X		
¿Con qué periodicidad pueden ser utilizados los métodos de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las complicaciones por el uso indiscriminado de anticoncepción de emergencia?		X		
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticoncepción de emergencia?			X	
¿Es importante brindar consejería para el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia?				X
		Si	No	
		X		
		No recomendada		

ANEXO VIII. DEFINICIONES OPERATIVAS

Aborto: Es la interrupción prematura del embarazo que produce la muerte del feto. Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 grs de peso o hasta la semana 20 de la gestación.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por más de 90 días.

Anticoncepción de emergencia: Es una forma de anticoncepción que puede ser adoptada por la mujer después del sexo. La anticoncepción de emergencia no puede proteger contra infecciones de transmisión sexual pero puede prevenir un embarazo. Los fármacos que se utilizan para la anticoncepción de emergencia se basan en hormonas. La contracepción de emergencia debe aplicarse poco después de las relaciones sexuales sin protección. Si no se aplica dentro de aproximadamente 3 días (72 horas) después de los hechos, ya no ayudará a prevenir el embarazo. Cuanto antes se tome el medicamento después de las relaciones sexuales sin protección, más eficaz es.

Ciclo menstrual: Periodo de 28 +/- 7 días, comprendido entre dos menstruaciones, durante el cual se llevan a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

Cefalea: El término cefalea hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello

Consejería: La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

Consentimiento informado: Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

Dismenorrea Sangrado menstrual doloroso.

Dispositivo Intrauterino: Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal. El DIU es un método anticonceptivo que consiste en la introducción en el interior del útero (de allí, *intra* y *uterino*) de una pequeña pieza, usualmente plástica y flexible, que por sus características físico-químicas, impide el embarazo. Aunque la acción anticonceptiva principal del DIU consiste en evitar que el esperma llegue al óvulo para fertilizarlo, parte de su probabilidad de éxito depende también de su habilidad para impedir que un óvulo fertilizado se adhiera al útero.

Efectividad anticonceptiva: Capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en el periodo de un año.

Eficacia: Es la capacidad de la causa eficiente para producir su efecto

Embarazo: Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación

o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

Esterilidad: Es la incapacidad de un individuo, hombre, mujer o de ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

Estrógenos: Los **estrógenos** son hormonas sexuales de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales. Los estrógenos inducen fenómenos de proliferación celular sobre los órganos, principalmente endometrio, mama y el mismo ovario. Tienen cierto efecto preventivo de la enfermedad cardiovascular y sobre el endometrio actúan coordinadamente con los **gestágenos**, otra clase de hormona sexual femenina que induce fenómenos de maduración. Los estrógenos presentan su mayor concentración los primeros 7 días de la menstruación.

Estudio Observacional En investigaciones acerca de enfermedades o tratamientos, se refiere a un estudio en el cual se permite a la naturaleza que siga su curso. Los cambios o las diferencias en una característica (por ejemplo, si las personas reciben o no un tratamiento o intervención específicas) son estudiados en relación a los cambios o diferencias en otros (por ejemplo, si mueren o no), sin la intervención del investigador. Existe un gran riesgo de selección sesgada en comparación con los estudios experimentales.

Fertilidad: Capacidad de producir o sustentar una progenie numerosa.

Gestágenos: Los **progestágenos**, también conocidos como **progestógenos** o **gestágenos**, son hormonas con un efecto similar a la progesterona, el único progestágeno natural. Todos los demás progestágenos son sintéticos, y se les conoce comúnmente con el nombre de progestina. Entre los gestágenos sintéticos encontramos al levonorgestrel (la llamada "píldora del día siguiente").

Todos los progestágenos tienen propiedades antiestrogénicas (es decir, revierten los efectos de los estrógenos del cuerpo) y antigonadotrópicas (es decir, inhiben la producción de esteroides sexuales en las gónadas).

Guía de práctica clínica: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Implantación:

Infecciones de transmisión sexual: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales. Las infecciones de transmisión sexual (ITS), también son conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) o clásicamente como enfermedades venéreas, son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales. Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos.

Levonorgestrel: El levonorgestrel (o *L*-norgestrel o *D*-norgestrel) es una progestina sintética biológicamente activa. Es el principio activo del anticonceptivo de emergencia denominado "píldora del día después". Es uno de los métodos disponibles para mujeres usados para prevenir el embarazo durante los primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Como todo método anticonceptivo de emergencia, no se recomienda utilizar el levonorgestrel con regularidad para evitar los embarazos no deseados.

Matodinia o Mastalgia: es el término médico que se emplea para denominar al dolor que se presenta en las glándulas mamarias. Dolor en las glándulas mamarias.

Menarca Es el comienzo de la función menstrual, particularmente el primer periodo menstrual de una mujer.

Menopausia Es el periodo de cese natural de la menstruación, que usualmente ocurre entre las edades de 45 a 50 años, señalando el fin de la capacidad reproductiva de la mujer.

Meta-análisis Se conjuntan los resultados de la colección de estudios independientes (que investigan el mismo tratamiento), utilizando técnicas estadísticas para sintetizar sus hallazgos en estimados simples del efecto de un tratamiento. Donde los estudios no son compatibles, por ejemplo, a causa de diferencias en las poblaciones de estudio o en las mediciones de los resultados, sería inapropiado o incluso engañoso conjuntar los resultados de esta forma.

Menorragia Sangrado menstrual excesivo o prolongado.

Métodos anticonceptivos: Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Metromenorragia Es el sangrado uterino dentro de los periodos menstruales con flujo menstrual aumentado durante estos periodos menstruales.

Nuliparidad Nunca haber dado a luz a un infante viable.

Oligomenorrea Es la reducción en la frecuencia del sangrado menstrual.

Osteopenia Disminución de la calcificación o de la densidad ósea.

Osteoporosis Es una reducción en la cantidad de masa ósea que puede conducir a fracturas luego de traumatismos mínimos.

Práctica clínica basada en evidencia La práctica clínica basada en evidencia involucra el realizar decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes basados en la investigación de la mejor evidencia disponible en vez de basar las decisiones en opiniones personales o en la práctica común (la cual no siempre está basada en evidencias). Por lo tanto, la práctica clínica basada en evidencias involucra la integración de la experiencia clínica experta y las preferencias de los pacientes, con la mejor evidencia disponible en las investigaciones.

Relación sexual: Para los fines de esta guía, se considera como tal únicamente al coito vaginal.

Régimen de Yuzpe: Se emplean dos dosis de 100 ug de etinil-estradiol + 500 ug de levonorgestrel separadas por un intervalo de 12 horas. Existen productos dedicados para este fin que contienen la dosis exacta (Tetragynon, PC4). Si no están disponibles, pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contienen 30 mcg de etinil-estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel.

Revisión por pares Es la revisión de un estudio, servicio o recomendación por aquellos con similares intereses y experiencia en relación con las personas que produjeron los hallazgos del estudio y las recomendaciones. Los revisores pares pueden incluir representantes profesionales y de pacientes.

Revisión sistemática: Una revisión en la cual la evidencia de los estudios científicos es identificada, evaluada y sintetizada de forma metodológica de acuerdo a determinados criterios. Puede o no incluir metanálisis.

Riesgo relativo Una medida resumen la cual representa el índice de riesgo de un evento o resultado (por ejemplo, una reacción adversa a la droga que está siendo probada) en un grupo de sujetos comparados con otro grupo. Cuando el "riesgo" del evento es el mismo en ambos grupos, el riesgo relativo es uno. In a study comparing two treatments, a relative risk of two would indicate that patients receiving one of the treatments had twice the risk of an undesirable outcome than those receiving the other treatment.

Riesgo reproductivo: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Síndrome Premenstrual Síntomas manifestados por algunas mujeres antes de la menstruación que incluyen irritabilidad, insomnio, fatiga, cefalea y dolor abdominal.

Teratógenos: agentes que pueden inducir o aumentar la incidencia de las malformaciones congénitas cuando se administran o actúan en el embarazo durante la organogénesis.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Almirall R, Batalla C, Benaque E. Contracepció d'emergència. Direcció clínica en l'atenció primària. Guies de pràctica clínica i material docent. Institut Català de la Salut. Setembre 2004. Disponible en: www.gencat.net/ics
- Black A, Francoeur D, Rowe T. Canadian Contraception Consensus. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 143, Part I February 2004. J Obstet Gynaecol Can 2004; 1:153-155
- Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. Intervenciones para la Anticoncepción de Urgencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Croxatto H, Ortiz ME. Mecanismo de Acción del Levonorgestrel en la Anticoncepción de Emergencia. REv Chil Obstet Ginecol 2004; 69(2): 157-162.
- Díaz S, Croxatto H B. Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Ginecología, 3ª edición. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp. 1067-1073. http://www.geosalud.com/antic_emergencia/ae.pdf
- Dunn S, Guilbert E. Emergency Contraception. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 131, August 2003. J Obstet Gynaecol Can 2003;25(8):673-9.
- FFPRHC Guidance. Clinical Effectiveness Unit. Emergency contraception. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care April 2006. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
- Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Provisión por adelantado de anticoncepción de urgencia para la prevención de embarazos (revisión completa) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Ricardo SF S, Melián SC, Valón RO et al. Anticoncepción de Emergencia [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(1) http://bvs.sld.cy/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm [consulta:
- Schenk KD. Emergency Contraception. The UK experience. Reproductive health alliance 2001.
- The International Consortium for Emergency Contraception. Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines 2004. Washington, DC USA.
- World Health Organization. Emergency Contraception. A guide for service delivery. Family Planning and Population. Reproductive Health Technical Support. Family and Reproductive Health. WHO 1998. WHO/FRH/FPP/98.19

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Chiapas, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Grupo Trabajo que desarrolló la presente Guía, asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Dr. Domingo Antonio Ocampo	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Asesores de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico

9. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas

Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de
la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Instituto de Salud del Estado de Chiapas

Dr. James Gómez Montes

Secretario de Salud

Instituto de Salud del Estado de Chiapas

Lic. Salvador Alonso Ruiz García

Secretario Técnico

Dirección de Innovación y Calidad

Dr. Luis Gerardo Ruiz Carrillo

Directora

Subdirección de Educación en Salud

Dr. José Luis Mendoza Mérida

Subdirector

**Departamento de Enlace Científico y
Académico**

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz

Jefe de Departamento

Guías de Práctica Clínica

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra

Responsable Estatal

10. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico