

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción hormonal temporal

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-202-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



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 la anticoncepción hormonal temporal, 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

Consulta y asesoría médica para el uso de anticoncepción hormonal temporal

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 Hernández	Médico gineco-obstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de guías de práctica clínica de ginecología y obstetricia
Validación Interna:			
Dr. Tito Ramírez Lozada	Médico gineco-obstetra y perinatólogo	Hospital de La Mujer	Jefe del servicio de urgencias
Validación Externa			
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández	Ginecología y obstetricia. Cirugía oncológica. Biología de la reproducción humana.	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	9
4. Evidencias y Recomendaciones.....	10
4.1 Métodos de anticoncepción hormonal	11
4.1.1 Orientación y consejería	11
4.1.2 Historia clínica.....	13
4.2 Anticonceptivos hormonales orales combinados	15
4.2.1 Indicaciones	15
4.2.2 Contraindicaciones, factores de riesgo y efectos secundarios	17
4.2.3 Información basada en evidencias para las mujeres	24
4.3 Anticonceptivos inyectables de sólo progesterona.....	27
4.3.1 Toma de decisiones	27
4.3.1.1 Eficacia anticonceptiva.....	27
4.3.1.2 Efectos sobre los periodos menstruales, riesgos y posibles efectos colaterales ...	29
4.3.1.3 Temas a considerar antes de prescribir anticonceptivos inyectables.....	30
4.4 Implantes subdérmicos de sólo progesterona	32
4.4.1 Eficacia anticonceptiva.....	32
4.4.2 Efectos sobre los periodos	32
4.4.3 Riesgos y posibles efectos colaterales	33
4.4.4 Temas importantes a considerar antes de aplicar un implante	34
4.4.5 Detalles prácticos al colocar los implantes.....	36
4.4.6 Seguimiento y manejo de problemas.....	36
4.5 Consideraciones especiales de la anticoncepción hormonal	37
4.5 Criterios de referencia	38
5. Anexos.....	39
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
Febrero, Marzo y Abril/2004.....	52
Día / mes / año.....	52
Mayo/ 2009.....	52
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
2006	53

Día / mes / año	53
mayo 2009	54
Inglaterra.....	54
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
octubre 2005	55
Día / mes / año	55
mayo 2009	56
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
2005	57
Día / mes / año	57
mayo 2009	58
Pregunta de Interés	58
Criterios de Evaluación	59
Opciones de Respuesta	59
Significado del criterio	59
Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC	59
Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica	59
2004	59
Día / mes / año	59
mayo 2009	60
Pregunta de Interés	60
5.5 Anexo V. Definiciones Operativas	61
6. Bibliografía.....	66
7. Agradecimientos.....	66
8. Comité Académico	67
9. Directorio.....	68
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	69

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro				
Profesionales de la salud	Enfermera Médico familiar	Médico general Médico preventivo	Médico gineco-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 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	Enfermeras Pasantes en servicio social Médicos en formación	Médicos generales Médicos familiares Médicos gineco-obstetras Médicos pediatras	Personal de trabajo social Psicólogos	
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	Dotar a los prestadores de servicios de una herramienta que sustente información sobre la efectividad, utilidad, seguridad y aplicación de la anticoncepción hormonal temporal y estandarizar su manejo y campo de aplicación.			
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: 5 originales Guías seleccionadas: del periodo 5 Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Rehabilitación Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: 5 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 Rehabilitación Método de validación de la gpc: por pares clínicos Validación interna: Dr. Tito Ramírez Lozada 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: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es la anticoncepción hormonal?
2. ¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal?
3. ¿Cuáles son los métodos disponibles de anticoncepción hormonal?
4. ¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción hormonal?
5. ¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción hormonal?
6. ¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción hormonal?
7. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos orales?
8. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?
9. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso del implante subdérmico?
10. ¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales?
11. ¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?
12. ¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso del implante subdérmico?
13. ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticonceptivos hormonales?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

En los últimos 30 años han ocurrido avances significativos en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, que incluyen la transición de altas dosis a bajas dosis de anticonceptivos orales combinados. También se han introducido al mercado anticonceptivos inyectables combinados, anillos y parches hormonales combinados, inyectables de sólo progesterona e implantes. (OMS 2004)

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en documentos sobre derechos humanos y en otros documentos de consenso relevantes. Estos derechos descansan sobre la base de los derechos básicos de todas las parejas e individuos de decidir libremente y con responsabilidad el número, el espaciamiento y el ritmo de sus niños y a tener la información para poder decidir, y el derecho de obtener los servicios de salud reproductiva y sexual de la más alta calidad” (*Beijing Platform for Action, 1995 en OMS 2004*)

Los cuidados en la salud sexual y reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar y de información están reconocidos no solamente como una intervención fundamental para mejorar la salud de hombres, mujeres y niños, sino también como un derecho humano inalienable. Todos los individuos tienen el derecho de acceder, escoger y gozar de los beneficios del progreso científico al seleccionar su método de planificación familiar. Un acercamiento basado en los derechos a la provisión de los anticonceptivos supone una visión holística de los pacientes, la cual incluye tener en cuenta las necesidades sexuales y reproductivas de los pacientes y considerar todos los criterios de elegibilidad apropiados para apoyar al paciente en la elección y el uso de los métodos de planificación familiar. (OMS 2004)

Brindar la atención tomando en cuenta los derechos humanos y reproductivos del paciente es fundamental en la calidad de la atención. El desarrollo de normas internacionales sobre criterios médicos de elegibilidad y recomendaciones prácticas para el uso de anticonceptivos es solamente un aspecto enfocado a mejorar la calidad de la atención a la salud reproductiva. Muchos programas de planificación familiar han incluido procedimientos de valoración, tratamiento y seguimiento que reflejan altos estándares de salud pública y práctica clínica pero no deben ser vistos como requisitos para elegir algún método anticonceptivo específico. Estos procedimientos incluyen la valoración y el tratamiento del cáncer cervical, la anemia y las infecciones de transmisión sexual, y la promoción de la lactancia materna y dejar de fumar. Tales procedimientos deben ser fuertemente impulsados si los recursos humanos y materiales están disponibles para llevarlos a cabo, pero no deben ser vistos como prerequisites para la aceptación y el uso de los métodos de planificación familiar cuando no sean necesarios para establecer la elegibilidad del uso o la continuidad de un método particular. (OMS 2004)

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.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica “consulta y asesoría médica para el uso de anticoncepción hormonal temporal”, 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 hormonal temporal.
- Estandarizar su manejo y campo de aplicación.

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 hormonal temporal (CIE 10 Z30) se refiere a la administración artificial de estrógenos y/o progestágenos para reducir la fertilidad, simulando los cambios hormonales del embarazo, evitando con ello la ovulación.

Los estrógenos actúan de la siguiente forma:

- Supresión intensa de la **hormona folículoestimulante** FSH para evitar el estímulo inicial que favorece el desarrollo del folículo.
- Supresión de la liberación de **hormona luteinizante** LH con lo cual se impide la ovulación.

Los progestágenos tienen unos efectos ligeramente distintos:

- Aumento de la viscosidad del moco cervical, por lo que los espermatozoides no pueden pasar.
- Supresión débil de FSH, para impedir el desarrollo folicular.
- Supresión débil de la liberación de LH, para impedir la ovulación. (Sanders, 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




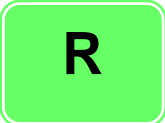
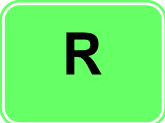


RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

4.1.1 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La consejería sobre anticoncepción debe ser sensible a las diferencias culturales y a las creencias religiosas.</p> <p style="text-align: right;">D Punto de Buena Práctica Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>
	<p>Los servicios de planificación deben proporcionarse con dignidad y respeto, basados en las diferencias y necesidades individuales.</p> <p style="text-align: right;">A Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico <i>SOGC 2004</i></p>
	<p>A fin de realzar la calidad de las decisiones tomadas en planificación familiar, los proveedores de servicios de salud deberán ser proactivos en la consejería y deben proveer de información exacta. Deben ser compañeros accesibles en una relación profesional.</p> <p style="text-align: right;">B Existe la evidencia justa para soportar la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico <i>SOGC 2004</i></p>
	<p>La consejería en planificación familiar debe incluir consejería sobre el descenso de la fertilidad que se encuentra asociado con el aumento de la edad femenina.</p> <p style="text-align: right;">A Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico <i>SOGC 2004</i></p>
	<p>Las mujeres que consideren el uso de métodos anticonceptivos de larga duración deben recibir información detallada –tanto verbal como escrita– que les permita elegir un método y utilizarlo efectivamente. Esta información debe tomar en consideración sus necesidades individuales y deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eficacia anticonceptiva • Duración de uso • Riesgos y efectos colaterales posibles • Beneficios no anticonceptivos <p style="text-align: right;">D Punto de Buena Práctica Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>

- El procedimiento para iniciar o remover/descontinuar
- Cuándo buscar ayuda mientras se está utilizando el método

Cuando se considere la elección de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración para grupos específicos de mujeres y mujeres con condiciones médicas, los profesionales de la salud deberán estar atentos y discutir con cada mujer cualquier inquietud que pueda afectar su decisión.

Los profesionales de la salud que den consejería a las mujeres sobre alternativas de métodos anticonceptivos deben ser competentes en:

- Ayudar a las mujeres a considerar y comparar los riesgos y los beneficios de todos los métodos relevantes para sus necesidades individuales
- Manejar los efectos colaterales comunes y los problemas, tales como la amenorrea, los sangrados intermenstruales o las alteraciones del sangrado, aumento de peso o pérdida de la densidad mineral ósea.

Los profesionales de la salud que ayudan a mujeres a tomar decisiones en anticoncepción deben estar familiarizados con las guías nacionalmente aceptadas sobre elegibilidad médica y sobre las recomendaciones del uso de los anticonceptivos.

Los profesionales de la salud que proveen información sobre anticoncepción deben ser capaces de valorar el riesgo de infecciones de transmisión sexual y sugerir las pruebas diagnósticas cuando sea necesario.

Los profesionales de la salud deben proporcionar un método anticonceptivo temporal en la primera consulta si es requerido.

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005



R

Las mujeres y los hombres deben recibir información práctica acerca del amplio rango de métodos anticonceptivos de tan forma que ellos puedan seleccionar el método más apropiado a sus necesidades y circunstancias.

C
Existe evidencia pobre con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen de salud periódico, pero las recomendaciones deben realizarse en otros grupos
SOGC 2004

R

Los proveedores de servicios de salud deben asistir a mujeres y hombres en el desarrollo de habilidades necesarias para negociar el uso de la anticoncepción, así como acerca del uso correcto y consistente del método de anticoncepción escogido.

C
Existe evidencia pobre con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen de salud periódico, pero las recomendaciones deben realizarse en otros grupos
SOGC 2004

4.1.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓ /R

Para aconsejar sobre la elegibilidad para el uso de anticonceptivos orales, los clínicos deben realizar una historia clínica completa que incluya: condiciones médicas (pasadas y presentes), medicamentos utilizados (prescritos, no prescritos y remedios caseros) así como la historia familiar.

Punto de Buena Práctica
No existe evidencia pero la mejor práctica está basada en la experiencia clínica de un grupo multidisciplinario
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

Debe tomarse una historia médica completa - incluyendo historia familiar, menstrual, anticonceptiva y sexual relevante- como parte de la valoración de rutina para la elegibilidad médica para los métodos anticonceptivos individuales.

D
Punto de Buena Práctica
Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

✓ /R

Cuando se considere la prescripción inicial de anticonceptivos orales combinados, los clínicos deben investigar específicamente acerca de la migraña y los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, obesidad, hipertensión, trombofilia, tromboembolismo venoso previo e hiperlipidemia)

Punto de Buena Práctica
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

Se deben anotar las preferencias individuales y las dudas acerca de los anticonceptivos orales

Punto de Buena Práctica

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

D

✓ /R

Los profesionales de la salud deben excluir el embarazo realizando historia clínica menstrual y sexual antes de iniciar cualquier método anticonceptivo.

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

R

Se deben incorporar preguntas sobre sexualidad dentro de la valoración general.

C

Existe evidencia pobre con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen de salud periódico, pero las recomendaciones deben realizarse en otros grupos
SOGC 2004

R

Las pruebas para infecciones de transmisión sexual y la consejería preventiva no deben estar restringidas solamente para pacientes jóvenes o para individuos de alto riesgo.

B

Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC 2004

R

Dentro de la atención y cuidados anticonceptivos se deben integrar la promoción a la salud, la consejería en anticoncepción de emergencia, prevención de infecciones de transmisión sexual, violencia sexual y cáncer cervical.

C

Existe evidencia pobre con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen de salud periódico, pero las recomendaciones deben realizarse en otros grupos
SOGC 2004

R

Se recomienda realizar medición de la presión sanguínea y documentarla, en todas las mujeres antes de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists



Se debe documentar el **índice de masa corporal** IMC en todas las mujeres antes de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados.

Punto de Buena práctica

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

4.2 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES COMBINADOS
4.2.1 INDICACIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Una gama de anticonceptivos hormonales deben estar disponibles para asegurar que la paciente recibe la orientación más adecuada para sus necesidades.</p>
	<p>El uso de anticonceptivos orales combinados aumenta en mujeres entre los 20 y 24 años de edad siendo pocas las mujeres mayores de 40 años que utilizan los anticonceptivos orales combinados. A partir de los 50 años de edad se debe utilizar un anticonceptivo sin estrógenos.</p>
	<p>Los anticonceptivos orales combinados pueden ser utilizados desde la menarca hasta los 50 años de edad si no existe ningún otro factor de riesgo.</p>
	<p>A las mujeres que utilizan anticonceptivos orales se les debe aconsejar que el uso de antibióticos no parece afectar la eficacia de los anticonceptivos orales combinados (excepto</p>

C

Existe evidencia pobre con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen de salud periódico, pero las recomendaciones deben realizarse en otros grupos
SOGC 2004

2

Una condición para la cual las ventajas de usar el método generalmente pesa más que los riesgos probados o teóricos
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

B

Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de

la griseofulvina y la rifampicina)

salud periódico
SOGC 2004

R

Idealmente la administración de anticonceptivos orales combinados debería comenzar el primer día de la menstruación pero puede iniciarse hasta dentro de 5 días (incluido el día 5) del ciclo sin necesidad de utilizar protección anticonceptiva adicional.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo si existe la certeza de que la mujer no está embarazada, pero deberá usarse protección anticonceptiva adicional, como los condones, por los primeros 7 días luego de iniciado el tratamiento.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

La primera prescripción de anticonceptivos orales combinados más adecuada son los monofásicos que contienen 30 mcg de etinilestradiol con noretisterona o levonorgestrel.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

Se debe realizar una consulta de seguimiento tres meses después de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados para permitir una valoración de la presión sanguínea, brindar información adicional y valorar cualquier problema.

Punto de Buena práctica

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

En ausencia de problemas especiales a las mujeres se les puede citar para seguimiento en 12 meses y motivarlas a regresar a consulta en cualquier momento si aparece algún problema.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

4.2.2 CONTRAINDICACIONES, FACTORES DE RIESGO Y EFECTOS SECUNDARIOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Los clínicos deben conocer que el dolor menstrual y la pérdida sanguínea pueden reducirse con el uso de los anticonceptivos orales combinados.</p> <p>La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables <i>Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i></p>
<p>R</p>	<p>Los clínicos deben saber que puede ocurrir sangrado intermenstrual con el uso de los anticonceptivos orales combinados, pero si existe evidencia de no haber tomado algunas píldoras, vómitos dentro de dos horas posteriores a la ingesta, diarrea severa o interacciones medicamentosas, dicho sangrado ya no será por su uso, sino ocasionado por su interrupción.</p> <p>Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes <i>Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i></p>
<p>R</p>	<p>Los clínicos deben conocer que no existe evidencia de ganancia de peso adicional debido al uso de anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Evidencia basada en estudios de caso controlados <i>Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i></p>
<p>E</p>	<p>El infarto al miocardio IM, el tromboembolismo venoso TEV y el derrame cerebral son raros en mujeres en edad reproductiva, sin embargo el tabaquismo es un factor de riesgo independiente. Los anticonceptivos orales combinados pueden ser utilizados por mujeres fumadoras menores de 35 años.</p> <p>Una condición para la cual las ventajas de usar el método generalmente pesa más que los riesgos probados o teóricos <i>Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i></p>
<p>E</p>	<p>El uso de anticonceptivos orales combinados por mujeres de 35 años o más, con un grado alto de tabaquismo representa un riesgo a la salud inaceptable.</p> <p>Una condición la cual representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado <i>Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists</i></p>

E

El riesgo elevado de infarto al miocardio y derrame cerebral asociados con el tabaquismo se reduce luego de dejar de fumar. Debe fomentarse y apoyarse a la paciente para que deje de fumar.

3
Una condición donde el riesgo teórico o probado usualmente pesa más que las ventajas de usar el método
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los clínicos deben estar atentos sobre la existencia de un pequeño aumento en el riesgo de infarto al miocardio debido al uso de anticonceptivos orales combinados en pacientes no fumadoras, lo cual se incrementa más en pacientes fumadoras.

B
Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

No se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres fumadoras de 35 años o más.

B
Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Se puede considerar el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres de 35 o más años quienes hayan dejado de fumar por un año o más.

C
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

E

La obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²) es un factor de riesgo independiente para el infarto al miocardio y el tromboembolismo venoso. Para mujeres con un índice de masa corporal ≥ 40 kg/m², el uso de anticonceptivos orales combinados posee un riesgo a la salud no aceptable.

4
Una condición la cual representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

E

El riesgo en el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres con un índice de masa corporal de entre 35-39 kg/m², generalmente sobrepasa los beneficios.

3
Una condición donde el riesgo teórico o probado usualmente pesa más que las ventajas de usar el método
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

El uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres con un índice de masa corporal ≥ 35 se encuentra asociado con un aumento en el riesgo de infarto al miocardio y tromboembolismo venoso y generalmente no se recomienda.

E

Las mujeres con hipertensión presentan riesgo elevado de infarto al miocardio y derrame cerebral (hemorrágico e isquémico). El uso de anticonceptivos orales combinados tiene un efecto insignificante sobre la presión sanguínea. Cuando la presión sanguínea se mantiene >140 - 159 mmHg (sistólica) o >90 - 94 mmHg (diastólica) el riesgo asociado con los anticonceptivos orales combinados es mayor que los beneficios.

E

El uso de anticonceptivos orales combinados representa un riesgo inaceptable a la salud si la presión sanguínea sistólica es ≥ 160 mmHg y/o la diastólica ≥ 95 mmHg.

R

Generalmente no se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados cuando la presión sanguínea sistólica es consistentemente ≥ 140 mmHg y/o la diastólica es >90 mmHg.

E

Existe evidencia de sinergismo entre causas genéticas subyacentes de trombosis venosa (tales como la mutación del factor V de Leiden, mutaciones genéticas de la protrombina, deficiencia de proteínas C y S, deficiencia de antitrombina III y síndrome antifosfolípido) y los factores de riesgo adquiridos (tales como el embarazo, el puerperio, el uso de anticonceptivos hormonales, la cirugía, el trauma, la inmovilización y las enfermedades malignas).

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

3

Una condición donde el riesgo teórico o probado usualmente pesa más que las ventajas de usar el método *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

4

Una condición la cual representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

4

Una condición la cual representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

E

El tromboembolismo venoso es poco común en mujeres en edad reproductiva. Todos los anticonceptivos orales combinados aumentan el riesgo de tromboembolismo venoso. La evidencia sugiere que los anticonceptivos orales combinados que contienen gestodeno o desogestrel están asociados con casi el doble de incremento en el riesgo de tromboembolismo venoso comparados con los anticonceptivos orales combinados que contienen noretisterona o levonorgestrel.

C

Evidencia limitada
(gradada por el grupo de trabajo)
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

No se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres con historia personal de tromboembolismo venoso o en quienes se conozca tienen mutaciones trombogénicas.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los clínicos deben estar alerta acerca de que el riesgo relativo de tromboembolismo venoso causado por el uso de anticonceptivos orales combinados puede quintuplicarse, pero en términos absolutos el riesgo aún es muy bajo.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

E

Es incierto el valor del uso de evaluaciones de trombofilia en mujeres que desean utilizar anticonceptivos orales combinados y quienes tienen historia familiar de tromboembolia venosa.

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

No se recomienda una evaluación de trombofilia rutinariamente antes de prescribir anticonceptivos orales combinados.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

En mujeres con historia familiar de tromboembolismo venoso, una evaluación negativa de trombofilia no necesariamente excluye todas las mutaciones trombogénicas.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

Punto de Buena Práctica



La interpretación del análisis de trombofilia debe ser realizada por un hematólogo u otro experto y en combinación con una detallada historia familiar.

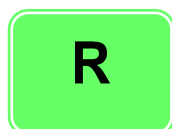
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

4



Los criterios de elegibilidad médica del Reino Unido UKMEC recomiendan que todas las mujeres que sufren de migraña con aura no deban usar anticonceptivos orales combinados ya que representa un riesgo a la salud inaceptable.

Una condición la cual representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists



No se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres de cualquier edad quienes tienen migraña con aura.

B
Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists



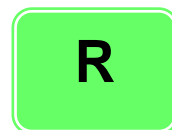
Generalmente no se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres ≥ 35 años de edad, quienes presenten migraña sin aura.

B
Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists



No existe aumento de riesgo significativo de derrame hemorrágico con el uso de anticonceptivos orales combinados.

4
Una condición la cual representa un riesgo a la salud inaceptable si el método anticonceptivo es usado
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists



Los clínicos deben estar alerta de la existencia de un pequeño aumento en el riesgo absoluto de derrame isquémico con el uso de anticonceptivos orales combinados.

B
Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal

College of Obstetricians & Gynaecologists

1

E

El riesgo elevado de cáncer de mama asociado con el uso de anticonceptivos orales combinados aumenta rápidamente luego de su inicio, pero no aumenta con la duración del uso, y desaparece luego de 10 años de haber cesado el uso de anticonceptivos orales combinados.

Una condición para la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los clínicos deben estar alerta de que cualquier aumento en el riesgo de cáncer de mama con el uso de anticonceptivos orales combinados es pequeño y se encuentra supeditado al riesgo de base, y está limitado a no continuar aumentando el riesgo 10 años luego de haber concluido el uso de anticonceptivos orales combinados.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

E

El análisis de los resultados de 8 estudios de casos y controles sugiere que el uso a largo plazo de anticonceptivos orales combinados aumenta el riesgo de cáncer cervical más de 4 veces en mujeres portadoras al virus de papiloma humano VPH.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes (gradado por consenso de los autores)
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los clínicos deberán estar alerta acerca de la existencia de un pequeño aumento en el riesgo de cáncer cervical con el uso de anticonceptivos orales combinados, el cual aumenta conforme aumenta la duración de uso.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

Motivar a las mujeres para que se realicen la citología cervical de rutina y decirles que no necesitan de otro tipo de estudios mientras utilizan los anticonceptivos orales combinados.

Punto de buena práctica

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

Los clínicos deben considerar la posibilidad de interacciones medicamentosas cuando prescriban anticonceptivos orales combinados.

Punto de buena práctica

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive

R

Las drogas inductoras de enzimas hepáticas pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales combinados; sin embargo, si van a ser utilizados por largo tiempo se debe considerar que serán afectados por las drogas inductoras de enzimas hepáticas.

Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

Si después de la consejería, las mujeres que utilizan drogas inductoras de enzimas hepáticas aún desean utilizar anticonceptivos orales combinados, entonces deberá utilizarse un régimen de al menos 50 ug de etinilestradiol. Además, se recomienda el uso de métodos de barrera mientras se toman los inductores de enzimas hepáticas hasta por 28 días luego de que sea interrumpida su ingesta.

Punto de Buena Práctica

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Una mujer que se encuentra tomando antibióticos inductores de enzimas hepáticas (>=3 semanas) no requiere protección anticonceptiva adicional cuando inicia los anticonceptivos orales combinados.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

A las mujeres usuarias de anticonceptivos orales combinados a quienes se les prescriben antibióticos inductores de enzimas hepáticas por corto tiempo (<3 semanas) deberán ser informadas acerca del uso de protección anticonceptiva adicional mientras toman los antibióticos y hasta por 7 días posteriores a la finalización de la ingesta del antibiótico.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los clínicos deben estar alerta de que la incidencia de quistes ováricos funcionales y de tumores ováricos benignos se reduce con el uso de anticonceptivos orales combinados.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Los clínicos deben conocer que existe al menos un 50% en la reducción de cáncer ovárico y endometrial con el uso de anticonceptivos orales combinados, el cual continúa por 15 o más años luego de dejar de tomarlos.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

R

Los clínicos deben saber que el uso de anticonceptivos orales combinados se encuentra asociado con una reducción en el riesgo de cáncer colorrectal.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

R

Los clínicos deben saber que los anticonceptivos orales combinados pueden mejorar el acné vulgar.

A

Evidencia basada en estudios de caso controlados *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

4.2.3 INFORMACIÓN BASADA EN EVIDENCIAS PARA LAS MUJERES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Al momento de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados a todas las mujeres se les debe informar que:

- El uso de anticonceptivos orales combinados es seguro para la mayoría pero puede estar asociado con mínimo daño y ocasionalmente importante pero serios.
- Existe un ligero incremento en el riesgo presentar coágulos sanguíneos con el uso de anticonceptivos orales combinados.
- Hay un aumento muy pequeño en el riesgo de ataque al corazón y derrame cerebral con el uso de anticonceptivos orales combinados.
- Cualquier riesgo aumentado de cáncer de mama parece ser pequeño y regresa a ser de ningún riesgo 10 años después del uso de los anticonceptivos

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes *Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*

orales combinados.

- Puede existir un pequeño aumento en el riesgo de cáncer cervical el cual aumenta con la duración del uso.
- El riesgo de cáncer de ovario y endometrial se reduce a la mitad con el uso de anticonceptivos orales combinados y esta reducción continúa por al menos 15 años luego de interrumpir su uso.

R

A las mujeres se les debe de informar que inicien los anticonceptivos orales combinados el primer día de la menstruación pero que pueden iniciarlo hasta dentro de los 5 primeros días, incluido el quinto día del ciclo sin necesidad de utilizar protección anticonceptiva adicional.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

Las mujeres pueden iniciar los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento del ciclo menstrual si tienen la certeza de no estar embarazadas, pero se requiere de protección anticonceptiva adicional durante los primeros siete días.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

A las mujeres se les debe motivar para que tomen una píldora diariamente, aproximadamente a la misma hora, durante 21 días consecutivos.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

A las mujeres se les debe informar que si todas las píldoras se toman consistente y correctamente, la anticoncepción oral combinada tiene el 99% de efectividad en la prevención del embarazo, incluso durante los siete días de rutina libres de hormonas.

B

Evidencia basada en otros estudios observacionales y experimentales consistentes
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

No se debe alentar el no tomar las píldoras, pero las mujeres pueden estar tranquilas de que si una píldora en el paquete se ha olvidado en cualquier momento, entonces la protección anticonceptiva no se ha perdido. Si más píldoras son olvidadas y ellas no saben qué hacer deben asistir a consulta para consejería.

C

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

A las mujeres se les debe de informar que si ocurre el vómito dentro de dos horas posteriores a tomar los anticonceptivos orales combinados, deberá tomar otra píldora tan pronto como sea posible

C
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

R

A las mujeres se les informará acerca de que si ellas están tomando antibióticos (no inductores de enzimas hepáticas) entonces deberán utilizar protección anticonceptiva adicional como los condones durante el tratamiento y durante 7 días más luego de haberlo suspendido. Si menos de 7 píldoras se han dejado en el empaque luego de que los antibióticos se hayan terminado las mujeres deben omitir el intervalo libre de píldoras (o tirar cualquier píldora inactiva). Después de usar el mismo antibiótico por igual o más de 3 semanas, ya no se requiere de anticoncepción adicional.

C
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

A las mujeres se les debe motivar a continuar con los anticonceptivos orales combinados de primera elección durante al menos 3 meses, antes de considerar una alternativa.

Punto de Buena práctica
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

A las mujeres se les debe proporcionar información sobre los síntomas, que las deben hacer buscar consulta médica oportuna, tales como signos de alarma de tromboembolismo venoso y cefalea de reciente aparición.

Punto de Buena práctica
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

✓ /R

A las mujeres se les debe avisar acerca de la práctica de sexo seguro con el uso de condones adicionales al uso de anticonceptivos orales combinados.

Punto de Buena práctica
La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists



A las mujeres se les debe proporcionar instrucciones verbales y escritas apropiadas acerca de las reglas en cuanto a las píldoras olvidadas, el vómito dentro de las dos horas posteriores a la ingesta, diarrea severa, uso de nueva medicación y cuando acudir a consulta por ayuda.

Punto de Buena práctica

La evidencia es limitada pero la recomendación depende de la opinión de expertos y cuenta con el apoyo de autoridades respetables
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006, updated 2007. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

4.3 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE SÓLO PROGESTERONA

4.3.1 TOMA DE DECISIONES

4.3.1.1 EFICACIA ANTICONCEPTIVA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los métodos con progestina sola deben ser considerados como opción anticonceptiva para mujeres en el postparto, sin tomar en cuenta si están amamantando o no y deben brindarse inmediatamente después del parto.</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico <i>SOGC 2004</i></p>
	<p>Los anticonceptivos inyectables de sólo progestinona actúan primariamente previniendo la ovulación.</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
	<p>El índice de embarazo asociado con los anticonceptivos inyectables, cuando son aplicados en los intervalos recomendados, es muy bajo (menos de 4 en 1000 durante dos años) y el índice de embarazo con acetato de depo medroxiprogesterona es menor que el del enantato de noretisterona.</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
	<p>Puede haber un retraso de más de un año en el retorno a la fertilidad luego de finalizar el uso de anticonceptivos inyectables</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>

R

Los métodos de sólo progestina deben ser considerados como sólo opciones anticonceptivas en mujeres con historia de tromboembolismo venoso, o en mujeres que estén en alto riesgo de infarto al miocardio o derrame cerebral. En mujeres con trombofilia probada, utilizar las preparaciones con progesterona sola.

B

Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC 2004

R

Se recomienda repetir la dosis de depo medroxiprogesterona cada 12 semanas y de enantato de noretisterona cada 8 semanas.

C

Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++
Nice 2005

R

A las mujeres jóvenes que utilizan acetato de depo medroxiprogesterona, se les debe aconsejar acerca de los factores dietéticos y de estilo de vida que pueden afectar su masa ósea, tales como fumar, falta de ejercicio y la ingesta reducida de calcio.

A

Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico
SOGC 2004

✓ /R

Si una mujer deja de usar anticonceptivos inyectables pero no desea embarazarse, debe comenzar a usar un método anticonceptivo diferente inmediatamente, aun si la amenorrea persiste.

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

✓ /R

Los anticonceptivos inyectables deben ser aplicados vía intramuscular profunda en el músculo glúteo o deltoides, o en la parte lateral del muslo.

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

✓ /R

Iniciar la aplicación de anticonceptivos inyectables cuando se tiene la certeza de que la mujer no está embarazada, en los siguientes momentos:

- Antes e incluyendo el quinto día del ciclo menstrual sin la necesidad de protección anticonceptiva adicional.
- En cualquier otro momento del ciclo menstrual, pero se deberá usar un

D

Punto de Buena Práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

método de barrera adicional al menos durante siete días después de aplicada la inyección

- Inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre, o en cualquier momento después del mismo
- En cualquier momento del postparto.

4.3.1.2 EFECTOS SOBRE LOS PERIODOS MENSTRUALES, RIESGOS Y POSIBLES EFECTOS COLATERALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>La amenorrea es frecuente durante el uso de anticonceptivos inyectables y es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más común con el uso de depo medroxiprogesterona que con el enantato de noretisterona. • Más frecuente conforme transcurre el tiempo de uso. • Inocua. 	<p>C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
<p>E</p>	<p>Más del 50% de las mujeres dejan de usar depo medroxiprogesterona en un año; la razón más común es un comportamiento alterado del sangrado, tal como el sangrado persistente.</p>	<p>C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
<p>E</p>	<p>El uso de depo medroxiprogesterona puede estar asociado con un aumento de peso de 2 a 3 kg en un año.</p>	<p>C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
<p>E</p>	<p>El uso de depo medroxiprogesterona no se encuentra asociado con acné, depresión o cefalea.</p>	<p>C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>

E

El uso de depo medroxiprogesterona se encuentra asociado con una pequeña pérdida de la densidad mineral ósea, la cual se recupera paulatinamente cuando se descontinúa el uso de depo medroxiprogesterona.

B
Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco y que demuestra consistencia completa de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+
Nice 2005

E

No existe evidencia de que el uso de depo medroxiprogesterona aumente el riesgo de fracturas.

B
Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco y que demuestra consistencia completa de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+
Nice 2005

4.3.1.3 TEMAS A CONSIDERAR ANTES DE PRESCRIBIR ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓ /R

Debido al posible efecto sobre la densidad mineral ósea, se debe tener cuidado al recomendar depo medroxiprogesterona a:

- Adolescentes, pero deberá proporcionarse si ningún otro método se encuentra disponible o es aceptado.
- Mujeres mayores de 40 años, pero generalmente los beneficios superan al riesgo, y podrá darse si ningún otro método se encuentra disponible o es aceptado.

D
Punto de Buena Práctica
Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

✓ /R

Los profesionales de la salud deben saber que las mujeres con índice de masa corporal mayor de 30 pueden utilizar con toda seguridad la depo medroxiprogesterona y el enantato de noretisterona.

D
Punto de Buena Práctica
Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales

Nice 2005

R

Los profesionales de la salud deben saber que las mujeres en periodo de lactancia pueden considerar el uso de anticonceptivos inyectables.

C

Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++
Nice 2005

Los profesionales de la salud deben estar atentos a que:

- Todos los métodos de sólo progesterona, incluyendo los anticonceptivos inyectables, pueden ser utilizados por mujeres que tenga migraña con o sin aura.
- La depo medroxiprogesterona es médicamente segura para ser utilizada por mujeres en quienes el uso de estrógenos esté contraindicado.
- Los anticonceptivos inyectables no están contraindicados en mujeres con diabetes.
- El uso de depo medroxiprogesterona puede estar asociado con la reducción en la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia.
- No existe evidencia de que el uso de depo medroxiprogesterona aumente el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o VIH.
- La depo medroxiprogesterona es un método de anticoncepción efectivo para mujeres con **infecciones de transmisión sexual** ITS, incluyendo VIH/SIDA (deberá sensibilizarse a este grupo en el uso de condones para un sexo seguro)
- Las mujeres que toman medicamentos inductores de las enzimas hepáticas pueden usar depo medroxiprogesterona sin que el intervalo de dosis necesite ser reducido.

✓ /R




D

Punto de Buena Práctica


Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

4.4 IMPLANTES SUBDÉRMICOS DE SÓLO PROGESTERONA

4.4.1 EFICACIA ANTICONCEPTIVA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El implante subdérmico actúa previniendo la ovulación</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
 <p>El índice de embarazo asociado con el uso del implante subdérmico es muy bajo (menos de 1 en 1000 durante 3 años)</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
 <p>No existe evidencia de retardo en el retorno a la fertilidad luego de la remoción de los implantes anticonceptivos.</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>

4.4.2 EFECTOS SOBRE LOS PERIODOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Es probable que el ciclo menstrual cambie mientras se esté utilizando el implante. El 20% de las mujeres no presentarán sangrado, mientras que casi el 50% de las mujeres presentan sangrado infrecuente, frecuente o prolongado.</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>

C



El ciclo menstrual permanece irregular durante un tiempo.

Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ *Nice 2005*

C





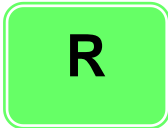


La dismenorrea puede reducirse mientras se utiliza el implante.

Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ *Nice 2005*

4.4.3 RIESGOS Y POSIBLES EFECTOS COLATERALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Arriba del 43% de las mujeres dejan de usar el implante subdérmico dentro de tres años; 33% a causa de sangrado irregular, y menos del 10% por otras razones incluyendo problemas hormonales (no relacionados con el sangrado)</p>
C	<p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
	<p>El uso del implante no se encuentra asociado con cambios en el peso, estado de ánimo, libido o cefalea.</p>
C	<p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
	<p>El uso del implante puede estar asociado con el acné.</p>
C	<p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>

4.4.4 TEMAS IMPORTANTES A CONSIDERAR ANTES DE APLICAR UN IMPLANTE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p data-bbox="363 583 915 701">Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que no existe evidencia de que la efectividad o los efectos adversos de los implantes varíen con la edad de la usuaria.</p> <p data-bbox="938 541 1487 743">Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
	<p data-bbox="1208 789 1230 819" style="text-align: center;">D</p> <p data-bbox="1065 823 1373 852" style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p> <p data-bbox="363 865 915 953">Las mujeres mayores de 70 kg pueden usar el implante subdérmico como un método efectivo de anticoncepción.</p> <p data-bbox="938 856 1487 1003">Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>
	<p data-bbox="1208 1045 1230 1075" style="text-align: center;">C</p> <p data-bbox="363 1136 915 1224">Los implantes anticonceptivos pueden ser utilizados de forma segura por las mujeres que están amamantando.</p> <p data-bbox="938 1077 1487 1283">Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>
	<p data-bbox="1208 1329 1230 1358" style="text-align: center;">D</p> <p data-bbox="1065 1362 1373 1392" style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p> <p data-bbox="363 1417 915 1480">El uso del implante no está contraindicado en mujeres con diabetes</p> <p data-bbox="938 1396 1487 1543">Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>
	<p data-bbox="1208 1587 1230 1617" style="text-align: center;">D</p> <p data-bbox="1065 1621 1373 1650" style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p> <p data-bbox="363 1650 915 1766">No existe evidencia de que el uso del implante aumente el riesgo de infecciones de transmisión sexual o de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana.</p> <p data-bbox="938 1650 1487 1793">Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>

✓ /R

Los implantes anticonceptivos son un método seguro y efectivo para mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA (se debe promover el sexo seguro utilizando condones en este grupo)

D
Punto de buena práctica
Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

✓ /R

Todos los métodos de sólo progesterona, incluyendo los implantes anticonceptivos, pueden ser usados de forma segura por mujeres que tienen migraña con o sin aura.

D
Punto de buena práctica
Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

E/R

Los implantes anticonceptivos son médicamente seguros para mujeres en quienes los estrógenos están contraindicados.

C
Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++
Nice 2005

E/R

No existe evidencia de efectos sobre densidad mineral ósea por el uso de los implantes.


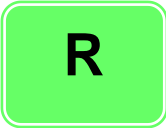
C
Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++
Nice 2005

R


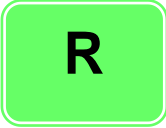
No se recomienda el uso del implante como un método anticonceptivo en mujeres que toman drogas inductoras de enzimas hepáticas.

D
Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales
Nice 2005

4.4.5 DETALLES PRÁCTICOS AL COLOCAR LOS IMPLANTES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Una vez que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, el implante puede insertarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento (pero si la mujer es amenorréica o si han pasado más de cinco días desde que comenzó el sangrado menstrual, se debe usar un anticonceptivo adicional de barrera durante los primeros siete días luego de la inserción) • Inmediatamente luego de un aborto en cualquier trimestre. • En cualquier momento después del parto. 	<p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p> <p>Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>
	<p>Se debe informar a las mujeres de que tanto la inserción como la remoción del implante causa un poco de incomodidad y dolor, pero que los problemas técnicos son inusuales (menos de 1 en 100)</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2+, directamente aplicables a la población blanco y que demuestra completa consistencia de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++ <i>Nice 2005</i></p>

4.4.6 SEGUIMIENTO Y MANEJO DE PROBLEMAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>No se requiere de seguimiento de rutina luego de la inserción del implante. Sin embargo, se debe animar a las pacientes a regresar en cualquier momento para discutir algún problema, o por si desea cambiar su método de anticoncepción, o si desea que el implante sea removido.</p>	<p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p> <p>Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>
	<p>El sangrado irregular asociado al implante puede ser tratado con ácido mefenámico o etinilestradiol.</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco y que demuestra consistencia completa de los resultados o evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+</p>

Nice 2005

D

Punto de buena práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales

Nice 2005



No existe evidencia de efectos teratogénicos ocasionados por el uso del implante. Pero si una mujer se embaraza y continúa con el embarazo, el implante debe ser removido.

D

Punto de buena práctica

Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales

Nice 2005




Si no puede palparse un implante subdérmico (debido a inserción profunda, falla en la inserción o migración) debe ser localizado mediante investigación ultrasónica antes de ser removido. Los implantes insertados profundamente deben ser removidos por un experto.

4.5 CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>A todas las mujeres que fuman se les debe aconsejar que dejen de hacerlo. A las mujeres mayores de 35 años se les debe advertir que no usen anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico SOGC 2004</p> <p style="text-align: center;">A</p>
	<p>Las mujeres usuarias de anticonceptivos orales combinados que vayan a tener una cirugía mayor o una cirugía seguida por periodos prolongados de inmovilidad, deben recibir profilaxis antitrombótica perioperatoria.</p> <p>Existe buena evidencia para soportar a la recomendación de que la condición será específicamente considerada en un examen de salud periódico SOGC 2004</p> <p style="text-align: center;">A</p>
	<p>Se debe considerar la suspensión de los anticonceptivos orales combinados de dosis bajas, cuatro semanas antes de la cirugía electiva. Cuando los anticonceptivos orales combinados sean retirados, se deben sustituir por un método anticonceptivo confiable (por ej. Anticoncepción de sólo progestina)</p> <p>Existe evidencia pobre con respecto a la inclusión o exclusión de la condición en un examen de salud periódico, pero las recomendaciones deben realizarse en otros grupos SOGC 2004</p> <p style="text-align: center;">C</p>

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p data-bbox="1203 390 1224 417">D</p> <p data-bbox="1060 422 1370 453">Punto de Buena Práctica</p> <p data-bbox="935 457 1479 602">Nivel de evidencia 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2⁺, o consensos formales <i>Nice 2005</i></p>

5. ANEXOS

5.1 ANEXO I. 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++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta-análisis, 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 meta-análisis, 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++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis 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 extrapolación 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:

- aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard)
- 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 meta-análisis 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).

5.2 ANEXO II. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática de **USO DE ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES HORMONALES**. La búsqueda se realizó en PubMed y el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 10 años. (La decisión de tomar 10 años como rango de tiempo para la búsqueda se realizó en consenso con los integrantes del equipo de trabajo, debido a que hay pocos estudios publicados en los últimos 5 años de esta temática, y continúan siendo vigentes tratamientos de la década pasada).
- Documentos enfocados a administración y dosis, efectos adversos, contraindicaciones y uso terapéutico.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

La primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de Anticonceptivos temporales hormonales, en la base de datos PubMed. Al buscar el término validado en inglés para el tema de la guía no se ubicó ningún descriptor específico y que el término más cercano era el de female contrantractions siendo este de todas formas un descriptor demasiado genérico que no representaba el tema específico de la guía en cuestión; por lo que se decidió realizar la búsqueda de guías en pubmed con el término validado CONTRACEPTIVES AGENTS y el término de vocabulario libre "TEMPORARY", con los criterios de inclusión y exclusión arriba mencionados.

Búsqueda	Resultado obtenido
Contraceptive Agents"[Mesh] OR ("Contraceptive Agents/administration and dosage"[Mesh] OR "Contraceptive Agents/adverse effects"[Mesh] OR "Contraceptive Agents/contraindications"[Mesh] OR "Contraceptive Agents/therapeutic use"[Mesh])) and temporary Limits: Publication Date	0

from 1999 to 2009, Humans, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish	
--	--

Algoritmo de búsqueda

- 1.- contraceptive agents" [MeSH]
- 2.- Administration and dosage [Subheading]
- 3.- adverse effects [Subheading]
- 4.- contraindications [Subheading]
- 5.- therapeutic use [Subheading]
- 6.- # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5
- 7.- # 1 AND # 6
- 8.- "1999"[PDAT] : "2009"[PDAT]
- 9.- # 7 AND # 8
10. - humans" [MeSH]
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) AND # 8 AND # 10 AND (# 12 OR # 13) AND (# 16 OR # 17)

Segunda etapa

Al no encontrarse guías de práctica clínica en PubMed, se procedió a su búsqueda en sitios Webs. No se encontraron documentos que fueran de utilidad para la elaboración de la guía en: SumSearch, tripDatabase, Geneva Foundation for Medical Education and Research, fisterra y NGC. Se encontraron 5 guías publicadas en los siguientes sitios.

Sitio	No. de documentos utilizados
NICE	1
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada	3
NGC	1
Total	5

A partir de estas 5 guías de práctica clínica localizadas y recuperadas en estos sitios fue posible la elaboración de la guía sobre anticonceptivos temporales hormonales para México, a partir de la adaptación (“tropicalización”) de las mismas a la realidad mexicana.

5.3 ANEXO III. LISTADO DE RECURSOS

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

TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES: Anticoncepción hormonal temporal.

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
3507	etinilestradiol con noretisterona o levonorgestrel.
3509	acetato de depo medroxiprogesterona
3503	enantato de noretisterona.
3510	Implante subdérmico

5.4 ANEXO IV. 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 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)	Black A, Francoeur D, Rowe T.
Institución que respalda la GPC	SOGC
Fecha de Elaboración	FEBRERO, MARZO Y ABRIL/2004 DÍA / MES / AÑO
Fecha de revisión	Mayo/2009 Día / mes / año
Fecha de Publicación	Abril/2004 Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	Inglés
País dónde se realizó la GPC	Canadá

Pregunta de Interés	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
¿Qué es la anticoncepción hormonal?			X	
¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal?			X	
¿Cuáles son los métodos disponibles de anticoncepción hormonal?				X
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción hormonal?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción hormonal?				X
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción hormonal?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos orales?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso del implante subdérmico?		X		
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso del implante subdérmico?		X		
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticonceptivos hormonales?			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)	Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
Institución que respalda la GPC	Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care
Fecha de Elaboración	2006 DÍA / MES / AÑO

Fecha de revisión	<u>MAYO 2009</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>Enero 2007</u> 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 hormonal?			X	
¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal?			X	
¿Cuáles son los métodos disponibles de anticoncepción hormonal?		X		
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción hormonal?			X	
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción hormonal?			X	
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción hormonal?			X	
¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos orales?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?	X			
¿Cuáles son las indicaciones para el uso del implante subdérmico?	X			
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?	X			
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso del implante subdérmico?	X			
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticonceptivos hormonales?				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)	National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
Institución que respalda la GPC	NICE
Fecha de Elaboración	<u>OCTUBRE 2005</u> DÍA / MES / AÑO

Fecha de revisión	<u>MAYO 2009</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>Octubre 2005</u> 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 hormonal?			X	
¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal?				X
¿Cuáles son los métodos disponibles de anticoncepción hormonal?				X
¿Cómo se debe valorar a las usuarias potenciales de anticoncepción hormonal?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones de la anticoncepción hormonal?				X
¿Cómo debe realizarse el seguimiento de las usuarias de anticoncepción hormonal?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos orales?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?				X
¿Cuáles son las indicaciones para el uso del implante subdérmico?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?				X
¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso del implante subdérmico?				X
¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en mujeres en edad fértil unidas usuarias de anticonceptivos hormonales?			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)	National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
Institución que respalda la GPC	College of Obstetricians and Gynaecologists
Fecha de Elaboración	2005 DÍA / MES / AÑO

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	Luis ángel Terán Ortiz
Nombre Autores (los dos primeros)	OMS
Institución que respalda la GPC	OMS
Fecha de Elaboración	<u>2004</u> DÍA / MES / AÑO

5.5 ANEXO V. 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.

Ácido mefenámico: es un medicamento antiinflamatorio no esteroideo derivado del ácido fenámico o fenamato.¹

Acné vulgar: El acné se presenta cuando se obstruyen los orificios diminutos en la superficie de la piel llamados poros

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 enfermedades 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.

Anticonceptivos orales combinados: Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son píldoras que se toman una vez al día para prevenir el embarazo. Contienen las hormonas estrógeno y progestina.

Cáncer cervical: o carcinoma del cuello uterino a aquellas neoplasias malignas epiteliales que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

Cáncer colorrectal: también llamado cáncer de colon, incluye cualquier tipo de neoplasias del colon, recto y apéndice

Cáncer endometrial: incluye un conjunto de variantes malignas que provienen del endometrio o revestimiento del útero

Cáncer de mama: es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

Cáncer ovárico: Es un tipo de cáncer que comienza en los ovarios

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.

Derrame cerebral: Es una enfermedad vascular en el parenquima cerebral, que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro, a esta patología también se le conoce como ictus, apoplejía o accidente cerebro vascular (ACV).

Desogestrel: Es una molécula usado como anticoncepción hormonal en formulaciones de píldoras orales combinados

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.

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 el 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.

Etinilestradiol: es un estrógeno derivado del estradiol, activo por vía oral indicado en fórmulas que producen la píldora anticonceptiva.

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).

Gestodene. Es un anticonceptivo de progesterona. Productos que contienen gestodene incluyen Meliane que contiene 20 mcg de etinilestradiol y 75 mcg de gestodeno y se utiliza como un anticonceptivo

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".

Hiperlipidemia: Aumento de la cantidad global de los lípidos contenidos en la sangre, sea cual sea la fracción lipídica predominante: lipoproteínas (colesterol, triglicéridos o fosfolípidos) o ácidos grasos libres.

Hipertensión Arterial: es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg.

Implantación: En el proceso de implantación se le denomina corion frondoso que, al principio, rodeará todo el blastocisto, pero poco a poco, permanecerá únicamente en la zona que vaya a participar en la anidación (unión al endometrio). El resto, se denominará corion liso.

Implante subdérmico: Es un anticonceptivo hormonal de larga duración. Se presenta como una pequeña carilla de material sintético.

Índice de masa corporal: El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.

Infarto al miocardio: Hace referencia a un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón ("agudo" significa súbito, "mio" músculo y "cardio" corazón), producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable.

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 reversibles de larga duración:

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

Migraña: es un tipo de dolor de cabeza, usualmente muy intenso y capaz de incapacitar a quien lo sufre. Es una enfermedad de origen neurológico.

Mutación: La mutación en genética y biología, es una alteración o cambio en la información genética (genotipo) de un ser vivo y que, por lo tanto, va a producir un cambio de características, que se presenta súbita y espontáneamente, y que se puede transmitir o heredar a la descendencia.

Nuliparidad: Nunca haber dado a luz a un infante viable.

Obesidad: Es la enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad.

Obesidad mórbida: Hace referencia a pacientes que están desde un 50 a 100% ó 45 kg (100 libras) por encima de su peso corporal ideal. Por otro lado, un valor mayor a 39 en el índice de masa corporal se puede utilizar para diagnosticar este tipo de obesidad.

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.

Parto: El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno.

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.

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 adverse 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.

Sinergismo: La acción combinada de varias sustancias químicas, las cuales producen un efecto total más grande que el efecto de cada sustancia química separadamente

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

Tabaquismo: Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

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

Tromboembolismo venoso: se produce por la presencia de un coágulo de sangre en una vena profunda del organismo

Trombofilia: es la propensión a desarrollar trombosis (coágulos sanguíneos) debido a anomalías en el sistema de la coagulación.

Virus de inmunodeficiencia humana: El VIH (acrónimo de virus de inmunodeficiencia humana) es el virus causante de la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Virus del papiloma humano: son un grupo diverso de virus ADN que infectan la piel y membranas mucosas de humanos así como de variedad de animales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Black A, Francoeur D, Rowe T. Canadian Contraception Consensus. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 143, Part I February 2004, Part II March 2004 and Part III April 2004. J Obstet Gynaecol Can 2004; I:143-156, II:219-254, III:347-387.
- Clinical Effectiveness Unit. First Prescription of Combined Oral Contraception. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006 (Updated January 2007). Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Long-acting reversible contraception. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS/NICE). Clinical Guideline 30, October 2005. www.nice.org.uk/CG030
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Long-acting reversible contraception. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2005.
- OMS. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third edition, 2004. SHR Reproductive Health and Research. World Health Organization, Geneva.
- Sanders S. Lo esencial en sistema endócrino y aparato reproductor. Versión en español de la 2ª edición de la obra en inglés *Endocrine and reproductive systems*. Elsevier Science. España, 2004. P. 174.

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 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.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz

Dr. Esteban Hernández San Román

M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez

Dr. Héctor González Jácome

Directora General

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud

Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica

Subdirector de Guías de Práctica Clínica

Dr. Domingo Antonio Ocampo

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández

Dr. Luis Aguero y Reyes

Dr. Eric Romero Arredondo

Asesores de guías de práctica clínica

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Lic. Ana María Otero Prieto

Investigación documental

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