

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Resumen de evidencias y Recomendaciones

### Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral.

# GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-347-09**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

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

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

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

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

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

Deberá ser citado como: **Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:  
[www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

**ISBN en trámite**

**Atención Para La Anticoncepción Z300**

**Z302 Esterilización: Admisión para interrupción de las trompas de falopio o de los conductos deferentes.**

**Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral.**

| <b>Autores</b>                                       |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Dra. Liliana Espinoza González                       | Maestra en Ciencias   | Servicios de Salud de Nayarit                         | Dirección de Atención Médica.<br>Coordinadora de Guías de La<br>Práctica clínica             |
| Dr. Ramón Ramírez López                              | Médico Familiar   | Servicios de Salud de Nayarit                         | Dirección de Atención Médica. Jefe<br>de 1er nivel de atención                               |
| Dr. Gabriel Cortéz Verónica                          | Gineco-obstetra   | Servicios de Salud de Nayarit                         | Médico adscrito al Hospital "Dr.<br>Reynaldo Salcedo y Andrade" en San<br>Francisco Nayarit. |
| Dra. María Elena Rodríguez Pulido                    | Maestrante en Ciencias  | Servicios de Salud de Nayarit                         | Médico adscrito al Hospital "Dr.<br>Reynaldo Salcedo y Andrade" en San<br>Francisco Nayarit. |
| Dr. Carlos Alberto Medrano Aguilar                   | Médico General  | Servicios de Salud de Nayarit                         | Médico adscrito al Hospital "Dr.<br>Reynaldo Salcedo y Andrade" en San<br>Francisco Nayarit. |
| Dr. Hector Manuel Galeana Algarín                    | Médico General  | Servicios de Salud de Nayarit                         | Dirección de Atención Médica.  |
| Enfra. Blanca Mirella Jazo Gómez                     | Licenciada en Enfermería.<br>Post-grado en<br>Administración y Docencia,<br>post-técnico en<br>Administración Pública.<br>Licenciada en Derecho | Servicios de Salud de Nayarit                         | Dirección de Atención Médica.  |
| Lic. Elga Guzmán Alvarez                             | Gineco-obstetra   | Servicios de Salud de Nayarit                         | Dirección de Regulación Sanitaria  |
| <b>Asesor:</b><br>Dra. Lorraine Cárdenas Hernández   |   | Centro Nacional de Excelencia<br>Tecnológica en Salud | Asesora de guías de práctica clínica<br>de ginecología y obstetricia.                        |
| <b>Validación Interna:</b><br>Dr. Hector Peña Dehesa | Ginecología y obstetricia,<br>medicina materno fetal.   | Hospital de La Mujer                                  | Adscrito al servicio de tococirugía  |
| <b>Validación Externa:</b>                           |   |   |  |
| Dr. Jesús Carlos Briones Garduño                     | Ginecología y obstetricia.<br>Medicina crítica  | Academia Mexicana de<br>Cirugía                       |  |
| Dr. Rafael Gerardo Buitrón García Figueroa           | Ginecología y obstetricia   | Academia Mexicana de<br>Cirugía                       |  |
| Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández                   | Ginecología y obstetricia.<br>Cirugía oncológica. Biología<br>de la reproducción  | Academia Mexicana de<br>Cirugía                       |  |

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. Clasificación .....   | 5  |
| 2. Preguntas a responder por esta Guía.....  | 6  |
| 3. Aspectos generales .....  | 7  |
| 3.1 Justificación .....  | 7  |
| 3.2 Objetivo de esta guía.....   | 8  |
| 3.3 Definición.....  | 9  |
| 4. Evidencias y Recomendaciones .....  | 10 |
| 4.1 Generalidades.....   | 11 |
| 4.2 Tipos de cirugía.....  | 15 |
| 4.3 Consejería.....  | 21 |
| 4.4 Tipo de anestesia .....  | 22 |
| 4.5 Fracasos.....  | 23 |
| 4.6 Regulación.....  | 24 |
| 4.7 Reversión.....   | 29 |
| 4.8 Riesgos .....  | 30 |
| 4.9 Equipamiento y facilidades .....   | 31 |
| 4.10 Capacitación .....  | 31 |
| 5. ANEXOS.....   | 32 |
| 5.1 ANEXO I. sistemas de clasificación de niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones ..... | 32 |
| 5.2 Protocolo de búsqueda.....   | 39 |
| 5.3 Listado de recursos.....   | 41 |
| 5.4 Evaluación del contenido clínico .....   | 43 |
| 5.5 Definiciones operativas .....  | 54 |
| 6. Bibliografía .....  | 58 |
| 7. Agradecimientos.....  | 59 |
| 8. Comité académico .....  | 60 |
| 9. Directorio .....  | 61 |
| 10. Comité Nacional de Guías de la Práctica Clínica .....  | 62 |



## 1. Clasificación

| Catálogo maestro                                 |  |
|--|--|
| <b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>                 | Enfermera<br>Medico familiar<br>Trabajadora social<br>Medico general<br>Medico en medicina preventiva<br>Psicólogo<br>Médico Ginecólogo y obstetra   |
| <b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>            | <b>Z300 ATENCION PARA LA ANTICONCEPCION. Z302 Esterilización.</b> De acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10   |
| <b>CATEGORÍA DE GPC</b>                          | Primero, segundo y tercer nivel de atención<br>Consejería<br>Consulta  |
| <b>USUARIOS POTENCIALES</b>                      | Personal de enfermería<br>Personal de salud en servicio social<br>Personal médico en formación<br>Médicos generales<br>Médicos familiares<br>Médicos ginecólogo<br>Trabajo social<br>Psicología  |
| <b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>       | Gobierno Federal<br>Servicios de Salud de Nayarit  |
| <b>POBLACIÓN BLANCO</b>                          | Mujeres en edad fértil con paridad satisfecha o no deseo de procreación  |
| <b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR</b>    | Gobierno Federal<br>Servicios de Salud de Nayarit  |
| <b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b> | Consulta, asesoría y consejería  |
| <b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>                 | Contribuir con:<br>Fomentar la aceptación y libre decisión del método  |
| <b>METODOLOGÍA</b>                               | Definir el enfoque de la GPC<br>Elaboración de preguntas clínicas<br>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia<br>Protocolo sistematizado de búsqueda<br>Revisión sistemática de la literatura<br>Búsquedas de bases de datos electrónicas<br>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores<br>Búsqueda manual de la literatura<br>Número de fuentes documentales revisadas: 60 originales,<br>Guías seleccionadas: 2 del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período<br>Revisiones sistemáticas<br>Ensayos controlados aleatorizados<br>Reporte de casos<br>Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México<br>Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: 2<br>Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia<br>Construcción de la guía para su validación<br>Responder a preguntas clínicas por adopción de guías<br>Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional<br>Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones<br>Emisión de evidencias y recomendaciones |
| <b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b>         | Validación del protocolo de búsqueda: CENETEC<br>Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos<br>Validación Interna:  |
| <b>CONFLICTO DE INTERÉS</b>                      | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés   |
| <b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>                  | REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>  |

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

## 2. Preguntas a responder por esta Guía

1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?
2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?
3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?
4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?
5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?
6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?
7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?
8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?
9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?

### 3. Aspectos generales

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, dentro del enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el esparcimiento de sus hijos, con el pleno respeto a su dignidad. Se respetarán las decisiones individuales con respecto a los ideales reproductivos, se promoverá la participación activa del hombre y su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva y se respetará la diversidad cultural y étnica de las personas.

La asesoría en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias consientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso seguridad y efectividad de la oclusión tubárica bilateral (NOM 005, 1993 Modif. 2004).

### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral”**, 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 primero, segundo y tercer 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 e indicaciones de la oclusión tubaria bilateral.
- Estandarizar su manejo y campo de aplicación.
- Informar sobre los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales de la oclusión tubaria bilateral.
- Promocionar por parte de los prestadores de servicio, en los diferentes niveles de atención, el método de la oclusión tubaria bilateral con elementos sustentados en la mayor evidencia disponible.

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

Atención para la anticoncepción (CIE 10 Z300) Consejo y asesoramiento en general sobre la anticoncepción (CIE 10 Z302) Esterilización: Admisión para interrupción de las trompa de Falopio o de los conductos deferentes.

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterina con el fin de evitar la fertilización.

Mecanismo de acción:

La Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o salpingoclasia ejerce su efecto anticonceptivo por constituir una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos (espermatozoide y óvulo) por lo tanto la fertilización.

La técnica Pomeroy es la técnica más ampliamente utilizada para la ligadura de trompas uterinas porque es simple y eficaz. Consiste en usar sutura absorbible para ligar la base de un asa de la trompa uterina cerca de la porción media (ámpular) después se hace un corte de la parte alta del asa. El material de sutura es de rápida absorción, reduciendo las oportunidades de inflamación y formación de fístulas en las salpinges. Después de que las suturas se absorben, la porción final se separa. Este procedimiento destruye de 3 a 4 cm de la salpinge haciendo la renovación más difícil.

La técnica de Parkland o Pritchard, usada a menudo en Estado Unidos, también llamada la técnica de Pomeroy modificada involucra una pequeña separación de la trompa uterina del mesosalpíx. El final de cada salpinge es ligado y la porción que queda entre la sutura es removida.

Otra técnica consiste en enterrar el extremo proximal ligado en cualquiera de las paredes del músculo del útero (técnica de Irving), el ligamento redondo (técnica de Cooke) o el ligamento ancho (técnica de Uchida). Estas técnicas son más difíciles de realizar y no están diseñadas para ser reversibles.

La técnica de Wood se utiliza como técnica de microcirugía para la salpingoclasia, divide y entierra el muñón intermedio en un bolsillo que se realiza en el mesosalpíx como no se retira ninguna parte de la salpinge en este método se convierte en potencialmente reversible. Sin embargo, no se han realizado ensayos grandes con carta de consentimiento y las demandas de la técnica sobre la habilidad médica.

Dos técnicas que no deben de usarse debido a sus índices de fracaso variables son la técnica Madlener y la Fimbriectomía.

La técnica Madlener implica realizar un asa en la salpinge, machacando la base del lazo con una abrazadera o un forcep y de ligar la salpinge con material de sutura no absorbible. La Fimbriectomía implica remover completamente la fimbria. Esto es muy difícil de que sea reversible.

#### 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.

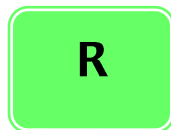
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

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

## 4.1 GENERALIDADES

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

Como precaución contra el riesgo de arrepentirse después, deben de tomarse cuidados adicionales cuando se asesora a personas menores de 30 años de edad o personas sin hijos.

C  
 Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Toda asesoría verbal debe tener un sustento, no importa si la información es impresa o grabada (traducida, cuando proceda y sea posible), cada persona que requiera esterilización debe leerla y entenderla antes de la operación.

C  
 Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos y opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades correspondientes. Indicadas en ausencia de estudios clínicos aplicables de buena calidad.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

La asesoría y consejería sobre los procedimientos de esterilización debe ser proporcionada a hombres y mujeres en el contexto de un suministro de una gama completa de información y acceso a otros métodos anticonceptivos reversibles a largo plazo. Esto debería incluir información sobre las ventajas, los inconvenientes y las tasas de fracaso relativo de cada método.

C  
 Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos y opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades correspondientes. Indicadas en ausencia de estudios clínicos aplicables de buena calidad.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Tanto la vasectomía como la oclusión tubaria deben ser discutidas con todos los hombres y mujeres que solicitan esterilización

C  
 Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos y opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades correspondientes. Indicadas en ausencia de estudios clínicos aplicables de buena calidad.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

En particular, las mujeres deben ser informadas que la vasectomía lleva una menor tasa de fracaso en los embarazos post-procedimiento y que hay menos riesgos relacionados con el procedimiento

B  
 Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

La mayoría de las mujeres que solicitan la oclusión tubaria no han recibido suficiente información acerca de la vasectomía con el fin de realizar una elección informada. En entrevista de estudio de las mujeres que habían tenido un intervalo de esterilización y de mujeres casadas con hombres vasectomizados encontró que todos los hombres que habían solicitado la vasectomía habían discutido con sus parejas la oclusión tubaria bilateral. La mayoría de las mujeres que solicitaron esterilización vieron por ellas mismas la vasectomía como una alternativa, pero no se discutió con sus parejas. En el estudio realizado por entrevista a mujeres en Escocia el 47% de las mujeres respondieron que la vasectomía no se discutió con sus parejas, ni por su médico de cabecera o con otro médico en sus visitas al hospital.

**R**

Debe realizarse una historia clínica completa así como un examen físico a todos los hombres y mujeres que soliciten vasectomía y oclusión tubaria.

**E**

En la historia clínica, los síntomas pasados o presentes así como los hallazgos anormales en el examen físico pueden influir en la pareja que solicita esterilización. Por ejemplo, una cirugía escrotal pasada en el hombre hace que la vasectomía se realice de preferencia bajo anestesia general, y la oclusión tubaria puede ser preferible. Cualquier contraindicación para la anestesia general en la mujer puede hacer una vasectomía bajo anestesia local para el hombre una mejor alternativa. De igual manera, una inminente reparación de hernia inguinal puede significar que la vasectomía podría ser realizada bajo la misma anestesia

**R**

El médico quirúrgico tendrá que asegurarse de que la asesoría, el intercambio de información, la historia clínica y el examen se hallan completado y estar convencido de que la paciente no sufre de condiciones concurrentes que puedan requerir un procedimiento

**I b**

Evidencia obtenida a partir de estudios descriptivos bien diseñados no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudio de casos.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**2 a**

Evidencia obtenida de al menos un bien diseñado estudio controlado sin aleatorizar.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena



adicional, otras alternativas o precauciones.

calidad.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

La prestación de los servicios varía de un lado a otro en el Reino Unido. Todavía es tradición que las mujeres acudan a su médico o clínica de planificación familiar inicialmente para ser referidas a un ginecologo de la consulta externa, y en el caso de estar de acuerdo su operación es programada o se les pone en una lista de espera. Sin embargo, puede ocurrir la referencia directa a las listas de programación de la práctica general y familiar y las clínicas de planificación. Aún si se utiliza el sistema tradicional, la mujer puede ser asesorada por un médico ambulatorio y ser operada por otro. Esto probablemente no se pueda evitar, pero salvaguardias estrictas son necesarias para garantizar que la asesoría y la adecuada examinación que ha tenido lugar inicialmente y el cirujano que realizó el procedimiento, es en última instancia responsable y acepta que todo esto se ha hecho a fondo. El protocolo local junto con el expediente clínico del paciente en anexo puede ayudar.

**1 b**

Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Las pacientes deberán ser advertidas de que ni la esterilización tubaria ni la vasectomía proporcionan alguna protección contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección del VIH.

**A**

Las recomendaciones son basadas en evidencia científica verdadera y consistente.

*National Guideline Clearinghouse 2004. ACOG*

**R**

La esterilización tubal puede ser recomendada como un método seguro y efectivo para la mujer que desea la anticoncepción permanente. Las mujeres deben ser aconsejadas que la Oclusión tubaria bilateral no es reversible, por lo tanto las que no quieran una anticoncepción permanente deberán ser aconsejadas para otro método anticonceptivo.

**A**

Las recomendaciones son basadas en evidencia científica verdadera y consistente.

*National Guideline Clearinghouse 2004.ACOG*

**R**

Se deberá explicar a las pacientes que la morbilidad y la mortalidad en la ligadura tubárica aunque es baja, es más alta que la de la vasectomía, y la eficacia de los dos procedimientos es similar.

**A**

Las recomendaciones son basadas en evidencia científica verdadera y consistente.

*National Guideline Clearinghouse 2004 ACOG*

**R**

Se recomienda explicar a las pacientes que la esterilización tubaria es más eficiente que los métodos a corto plazo o de co-dependencia.

**A**

Las recomendaciones son basadas en evidencia científica verdadera y consistente.  
*National Guideline Clearinghouse 2004 ACOG*

**R**

Las pacientes deben de ser aconsejadas que los índices de fallo son comparables con los del dispositivo intrauterino.

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Las indicaciones para histerectomía en mujeres con esterilización tubaria previa deben ser las mismas que para una mujer que no haya tenido esterilización tubaria

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

La oclusión tubarica puede ser realizada durante el ciclo menstrual, informando que es importante que la mujer use un acnticonceptivo eficiente hasta el dia de la operación. De otra manera la operación deberá ser diferida hasta la fase folicular del siguiente ciclo. La mujer debe ser advertida de que debe usar anticonceptivos hasta su siguiente periodo menstrual.

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

La oclusión tubarica debe de ser realizada después de un tiempo apropiado seguido del embarazo, cuando sea posible las mujeres que requieran oclusión tubaria post-parto o post-aborto se les debe de advertir de las indicaciones previas y de las indicaciones posteriores, si la oclusión tubarica está por ser realizada al mismo tiempo que una cesarea.

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

El asesoramiento y el consentimiento deben ser dados al menos una semana antes del procedimiento.

**C**  
Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Una prueba de embarazo debe de ser realizada antes de la operación para descartar un embarazo pre-existente, sin embargo una prueba negativa no descarta la posibilidad de un embarazo en fase lútea.

**B**  
Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

## 4.2 TIPOS DE CIRUGÍA

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

La culdoscopia no debe ser utilizada como método de abordaje para la esterilización tubaria bilateral

**A**  
Requiere por lo menos un estudio aleatorio controlado como parte de un cuerpo de literatura de Buena calidad y consistencia que cobra la recomendación específica.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

El abordaje a las trompas de Falopio es usualmente hecho por laparoscopia o por medio de una incisión de mini-laparotomía. La culdoscopia ha sido utilizada en el pasado como un abordaje alternativo pero ha caído en desuso después de que la Organización Mundial de la Salud presentó un estudio aleatorio, prospectivo, multicéntrico con la incidencia de las fallas técnicas y las principales complicaciones de éste abordaje en el cual fue inaceptablemente alto. Una revisión sistemática ha confirmado una mayor morbilidad con la culdoscopia más alta que la

**1 a**  
Evidencia obtenida de revisión sistemática o de meta-análisis o de ensayos controlados aleatorizados.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

mini-laparotomía o la laparoscopia, por lo tanto la culdoscopia debe de abandonarse.

**R**

Donde esté el equipo y el personal entrenado disponibles, el abordaje laparoscópico a las trompas de Falopio es más rápido y los resultados son menor morbilidad en comparación con la mini-laparotomía.

**A**

Requiere por lo menos un estudio aleatorio controlado como parte de un cuerpo de literatura de Buena calidad y consistencia que cobra la recomendación específica.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Una revisión sistemática que compara los métodos de acceso a las trompas de Falopio ha demostrado que no había diferencia importante en la morbilidad entre los métodos de abordaje, aunque había significativamente menor morbilidad con la mini-laparotomía (OR 1.89, IC 95% CI 1.38 – 2.59). La laparoscopia tomó un promedio de cinco minutos menos

**1 a**

Evidencia obtenida de revisión sistemática o de meta-análisis o de ensayos controlados aleatorizados.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Cualquier método efectivo, quirúrgico o mecánico de oclusión tubaria puede ser utilizado cuando una mini-laparotomía es el mecanismo de abordaje para una esterilización de intervalo

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

No hubo diferencia entre las tasas de embarazo en los estudios donde se utilizó el clip de Filshie por mini-laparotomía en comparación con la laparoscopia o con el anillo en la trompa que se utiliza por mini-laparotomía o laparoscopia en la esterilización de intervalo

**2**

Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

El procedimiento de Pomeroy modificado en lugar de la aplicación de un clip de Filshie puede ser preferible para la esterilización posparto realizado por mini-laparotomía o en el momento de la cesárea, ya que esto conduce a reducir las tasas de fracaso.

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Chi y cols. Demostraron que, cuando se utilizaron los métodos mecánicos para la oclusión tubaria con el abordaje de mini-laparotomía en la esterilización posparto o post-aborto, la tasa de fracaso después de los 12 meses de seguimiento fue significativamente mayor que cuando se utilizó

**1 b**

Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

la técnica modificada de Pomeroy. Esta diferencia no fue demostrada en estudios realizados por Yan y cols. O Lee y Jones quienes compararon los clip de Filshie y Hulka respectivamente con la técnica de Pomeroy en las mujeres post-parto. Sin embargo la duración del seguimiento no excedió los 24 meses y en ocasiones fue más corto

E

El estudio CREST con sus diez años de seguimiento, demostró que el grupo de salpingectomía post-parto (el cual incluye la mayoría de ligadura con técnica de Pomeroy más que otros tipos de salpingectomía parcial de otros tipos y salpingectomía total) realizados por laparotomía tuvo un rango acumulativo de fallas muy bajo de 7.5/1000 procedimientos en los diez años. Esto se compara con un promedio de 18.5/1000 procedimientos de todos los métodos de esterilización y 20.5/1000 para salpingectomía parcial. Los autores señalaron sin embargo, que los números en los grupos de intervalo fueron pequeños y fueron probablemente seleccionados así, la mayoría de las esterilizaciones de intervalo fueron realizadas por laparoscopia.

1 a 2

Evidencia obtenida de revisión sistemática o de meta-análisis o de ensayos controlados aleatorizados.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

R

La oclusión mecánica de las trompas por cualquiera de los clips de Filshie o anillos debe ser el método de elección primaria para la oclusión tubaria laparoscópica

A

Requiere por lo menos un estudio aleatorio controlado como parte de un cuerpo de literatura de Buena calidad y consistencia que cobra la recomendación específica.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

E

Los clips de presión, como el clip de Hulka se encontraron asociados con una tasa más alta de fracasos en todos los grupos de edad en el estudio de diez años de CREST y llevó a una mayor probabilidad acumulada de embarazos después de dos años en un ensayo aleatorio comparando el clip de Filshie y el clip de Hulka. De tal manera, los clips de Filshie deben utilizarse en lugar de los clips de Hulka

1 a 1b 2

Evidencia obtenida de revisión sistemática o de meta-análisis o de ensayos controlados aleatorizados.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

No se recomienda el uso sistemático de más de un clip de Filshie

**E**

Aunque un estudio de práctica encontró que el 16% de los ginecólogos escoceses aplicaron dos clips a cada trompa de manera rutinaria, varios clips no son necesarios para que el procedimiento sea eficaz, siempre y cuando uno se aplique de manera correcta. Si hay cualquier duda sobre la seguridad del clip, un segundo clip puede ser colocado inmediatamente adyacente al primero en el lado uterino. Chi observó el uso de múltiples clips de Filshie y de Hulka en la esterilización de intervalo. Varios clips tienden a ser utilizados cuando se encuentran dificultades quirúrgicas durante la esterilización o cuando el primer clip no se colocó de manera óptima. Esto no tuvo incremento en las complicaciones a corto y mediano plazo en las mujeres con múltiples clips o en mujeres con uno solo. Sin embargo, la rutina de utilizar múltiples clips no debe de fomentarse, ya que esto dará un mayor daño de la trompa, lo cual puede hacer potencialmente más difícil cualquier cirugía de revisión y hacerla menos satisfactoria.

**R**

La diatermia no debe de utilizarse como el principal método de oclusión tubaria, ya que aumenta el riesgo de embarazo ectópico y es más difícil de revertir que los métodos de oclusión mecánica.

**E**

La diatermia bipolar puede tener un lugar como un método de segunda línea cuando los dispositivos de oclusión mecánica han fallado. Sin embargo, provoca más destrucción de las trompas y las tasas de éxito para la reversión son bajas. Esto también incrementa el riesgo de que el embarazo posterior sea ectópico. Si se utiliza la diatermia, la trompa debe ser ocluida en la porción medio lateral de la parte ístmica

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**3**

Evidencia obtenida de al menos un estudio descriptivo no experimentales bien diseñado, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**2,3**

Evidencia obtenida de al menos un estudio descriptivo no experimentales bien diseñado, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

de la trompa, por lo menos a dos centímetros del cuerno uterino. La coagulación de las trompas cerca del cuerno puede causar activación del epitelio de las trompas, lo cual a su vez puede causar la formación de fistula útero-peritoneal. Tal fistula permite que el esperma acceda a la cavidad peritoneal con la posibilidad de fertilización y cause embarazo ectópico

**R**

Los métodos de oclusión tubaria histeroscópica todavía están bajo evaluación y sólo deben ser utilizadas dentro de la presente guía de nuevas intervenciones quirúrgicas

**E**

Solo una forma de oclusión tubaria por el método de histeroscopia está autorizada con licencia par

a su uso en la actualidad en el Reino Unido. Esta es una dilatación con un micro inserto de metal (Essure, Concepto Europa) que es colocado dentro de la Trompa de Falopio bajo visualización histeroscópica. La fibrosis resultante ayuda a causar la oclusión tubaria, la cual usualmente es evaluada tres meses después de la operación con un histerosalpingograma, de modo que otros anticonceptivos pueden ser eliminados. En el único ensayo clínico para examinar éste método, sólo 111 mujeres de un total de 130 pudieron tener colocación bilateral del dispositivo. Esto fue bien tolerado por la mayoría de las mujeres. Hasta la fecha 114 mujeres han acumulado 2400 meses con el uso del dispositivo sin reportar embarazo. Otros ensayos comparativos multicéntricos están en espera. A diferencia de otros métodos de oclusión tubaria éste método no es ni siquiera potencialmente reversible

**E**

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) tiene la responsabilidad de evaluar si los nuevos procedimientos de intervención son los suficientemente seguros y se trabaja bien para el uso rutinario del NHS. Los

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**3**

Evidencia obtenida de al menos un estudio descriptivo no experimentales bien diseñado, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**4**

Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

profesionistas son responsables de notificar al NICE cuando ellos desean utilizar un procedimiento nuevo que no han utilizado antes o han utilizado sólo fuera del Servicio Nacional de Salud. Los profesionistas que desean utilizar tal proceso durante el periodo de notificación al NICE y la expedición de orientación del NICE, el NICE debe informar a sus jefes ejecutivos o al hospital de su intención. Las mujeres deben estar plenamente informadas de los riesgos del procedimiento y su incierta eficacia, y esto estar plenamente documentado en el expediente de la paciente



### 4.3 CONSEJERÍA

| Evidencia / Recomendación |  | Nivel / Grado   |
|---------------------------|--|---|
|                           | Las mujeres en particular en las que aumenta el riesgo por condiciones tales como cirugía abdominal anterior o la obesidad, deben ser informadas de los riesgos de la laparoscopia y de las posibilidades de requerir laparotomía si hay problemas con la laparoscopia | <b>B</b><br>Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.<br><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i>                                     |
|                           | Las mujeres deben de ser informadas del método de acceso para la oclusión tubaria, que son recomendadas para su caso, las razones de preferirlo sobre otros métodos y el método que se utilizará si el método previsto falla por cualquier razón.                      | Puntos buenos de la práctica<br>Recomendados como buenos basados en la experiencia clínica de el grupo desarrollador de la guía.<br><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i>   |
|                           | Las mujeres deben ser advertidas que después de la operación de la oclusión tubaria, pudiera suceder alguna complicación durante el procedimiento.   | Puntos buenos de la práctica<br>Recomendados como buenos basados en la experiencia clínica de el grupo desarrollador de la guía.<br><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i>   |
|                           | Aún reconociendo que la anestesia general es la que se utiliza en el Reino Unido para la oclusión de trompas vía laparoscópica, la anestesia local es una alternativa aceptable  | <b>A</b><br>Requiere por lo menos un estudio aleatorio controlado como parte de un cuerpo de literatura de Buena calidad y consistencia que cobra la recomendación específica.<br><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i> |

#### 4.4 TIPO DE ANESTESIA

| Evidencia / Recomendación |  | Nivel / Grado  |
|---------------------------|--|--|
| <b>E</b>                  | Dos estudios aleatorios en mujeres con anestesia general o anestesia local con sedación y un estudio de cohorte en el Reino Unido utilizando sólo anestesia local para la esterilización laparoscópica, han demostrado que cualquiera de los métodos es seguro y aceptable   | <p><b>1 b</b></p> <p>Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado.</p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p>   |
| <b>R</b>                  | La oclusión tubaria laparoscópica debe de realizarse ambulatoria siempre que sea posible   | <p><b>C</b></p> <p>Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.</p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p> |
| <b>R</b>                  | La aplicación de anestesia local a las trompas de Falopio debe ser utilizada cuando los dispositivos mecánicos sean aplicados bajo anestesia local o general   | <p><b>A</b></p> <p>Requiere por lo menos un estudio aleatorio controlado como parte de un cuerpo de literatura de Buena calidad y consistencia que cobra la recomendación específica.</p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p>   |
| <b>E</b>                  | Varios estudios aleatorios controlados han demostrado que la aplicación tópica de una anestesia local para las trompas de Falopio, ya sea antes o después de la oclusión tubaria, disminuye significativamente el dolor post-operatorio y los requerimientos de anestesia general. La aplicación tópica de anestesia local a las trompas de Falopio reduce también el dolor trans-operatorio y post-operatorio cuando la oclusión tubaria se está llevando a cabo bajo anestesia local | <p><b>1 b</b></p> <p>Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.</p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p>  |
| <b>E</b>                  | Las evidencias para la infusión trans-cervical de bupivacaína son confusas   | <p><b>1 b</b></p> <p>Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.</p> <p><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p>  |

## 4.5 FRACASOS

R

Las mujeres deben ser informadas que la oclusión tubaria se asocia con una tasa de fracaso y que el embarazo puede ocurrir varios años después del procedimiento. El riesgo de fracaso en general es estimado de uno en 200. El periodo más largo de seguimiento disponible para el método más utilizado en el Reino Unido, el Clip de Filshie, sugiere una tasa de fracaso después de diez años de tres por 1000 procedimientos.

E

En el Reino Unido, el clip de Filshie es el método más usado para la oclusión tubaria, siendo utilizado por el 82% de los ginecólogos. El mejor dato disponible hasta la fecha para el clip de Filshie (el cual no estaba disponible en los Estados Unidos hasta el estudio CREST) indica una menor tasa de fracasos que el abordaje laparoscópico utilizado en el estudio CREST; es una tasa cruda de 2-3/1000 mujeres en 10 años, aunque no han sido presentadas tasas acumuladas. Sin embargo, estas series han dependido de la experiencia de los cirujanos que realizan la operación. En el estudio CREST, donde fueron reportadas las tasas más altas de fracaso muchas de las cirugías fueron realizadas por residentes (en Estados Unidos equivale a especialistas registrados) y puede reflejar con mayor exactitud la práctica común. En la actualidad, el periodo más largo de seguimiento de datos disponibles es el de diez años. La tasa de fracasos después de este plazo no se espera que cambie sustancialmente, pero cualquier riesgo de vida de la mujer probablemente dependerá de su edad de la esterilización y el subsiguiente número de años de fertilidad durante los cuales ella está en riesgo de embarazo

A

Requiere por lo menos un estudio aleatorio controlado como parte de un cuerpo de literatura de Buena calidad y consistencia que cobra la recomendación específica.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

2 a

Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Las mujeres deben ser informadas que si el método falla, el resultado puede ser un embarazo ectópico

**R**

✓

Después de la oclusión tubaria, las mujeres deben ser informadas de acudir al médico si cree que podría estar embarazada o si tiene dolor abdominal anormal o sangrado vaginal.

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

Puntos buenos de la práctica

Recomendados como buenos basados en la experiencia clínica de el grupo desarrollador de la guía.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

## 4.6 REGULACIÓN

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

La oclusión tubaria bilateral se debe realizar en un periodo apropiado de intervalo después del embarazo siempre que sea posible. En caso de que la oclusión tubaria se solicite en asociación con el embarazo (post-parto o post-aborto), la mujer debe estar consciente del incremento en el arrepentimiento y el posible aumento en la tasa de fracaso

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Si la oclusión tubaria va a ser realizada durante la cesárea, el asesoramiento y el consentimiento deben ser proporcionados por lo menos una semana antes del procedimiento

**C**

Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Varios estudios han demostrado que la incidencia de pesar y descontento es mayor cuando una mujer ha sido esterilizada trans-cesárea, particularmente cuando la mujer ha considerado que la decisión ha sido forzada por su médico. Datos del prolongado estudio prospectivo multicéntrico CREST en los Estados Unidos sugieren que el riesgo relativo de lamentar después de la esterilización trans-cesárea comparado con la esterilización de intervalo es de 5.8 después de un año y 3.3 después de dos años. Esta diferencia persiste por lo menos cinco años después de la esterilización, cuando la incidencia de arrepentimiento en el grupo de trans-cesárea sigue siendo dos veces mayor que en el grupo de esterilización de intervalo. Por esta razón, la esterilización no debe ser realizada al mismo tiempo que la cesárea, a menos que la asesoría y la decisión se hayan separado de trastornos emocionales o de un parto asociado a cirugía mayor. Un plazo razonable podría ser por lo menos una semana antes de realizar la cesárea

**2 a**

Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

La situación es menos clara cuando la esterilización se asocia al aborto inducido. No hay diferencias en las tasas de arrepentimiento que fueron encontradas en mujeres sometidas a esterilización en asociación con el término de embarazo (sobre todo en el primer trimestre) y aquéllas con esterilización de intervalo. Sin embargo, otros han encontrado un incremento en las tasas de arrepentimiento cuando la esterilización se realiza simultáneamente con la terminación del embarazo. Además, un ensayo aleatorio controlado de las mujeres que solicitan la terminación del embarazo y esterilización, seleccionó mujeres al azar para terminación del embarazo y esterilización como un proceso combinado o para una terminación del embarazo con una esterilización de intervalo por lo menos seis semanas después, encontrando que el 32.8% de las mujeres no regresaron a su esterilización de intervalo.

**1 b/ 2**

Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Esto sugiere que al menos unas mujeres cambiaron de opinión cuando fueron capaces de reconsiderar su decisión fuera de la situación estresante que rodea a un embarazo no deseado. Esto pone de relieve, la necesidad de un asesoramiento cuidadoso cuando se solicita la esterilización en asociación con el embarazo. Si se muestra alguna indecisión, el procedimiento de esterilización debe ser aplazado. Las mujeres que llegan a embarazarse y están en una lista de espera para esterilización de intervalo, deben de recibir mayor asesoramiento acerca de esta opción, ya que su situación ha cambiado desde que se asesoraron la primera vez.

**2 a**

Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Existen resultados contradictorios con respecto a los índices de fracasos cuando la oclusión tubaria es realizada en asociación con un embarazo. Los datos sobre los procedimientos laparoscópicos de los primeros días de la oclusión tubaria laparoscópica sugieren una mayor tasa de fracaso (dos a siete veces mayor) que cuando los procedimientos fueron realizados en asociación con terminación de embarazo o post-parto.

**3 / 2 a**

Evidencia obtenida de al menos de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Un estudio de casos y controles no se pudo encontrar ninguna asociación entre el momento del procedimiento y el porcentaje de fracaso. Sin embargo, el tiempo de seguimiento fue corto y hubo menos controles adecuados para los casos post-termino y post-parto. El estudio prospectivo CREST, con diez años de seguimiento, encontró que la tasa más baja de fracaso fue en el grupo de salpingectomía post-parto (/7.5/1000 procedimientos), el cual incluyó principalmente oclusión tubaria utilizando el método de Pomeroy modificado.

**2 b**

Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental, bien diseñado.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

La oclusión tubaria puede realizarse en cualquier momento del ciclo menstrual, con la condición de que el médico esté seguro de que la mujer ha utilizado anticonceptivos eficaces hasta el día de la operación. Si este no es el caso, la cirugía debe de ser referida hasta la fase folicular del siguiente ciclo. La mujer debe ser informada para utilizar una anticoncepción

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

eficaz hasta su próximo periodo menstrual. Los embarazos en la fase lútea se presentaron en 2-3/1000 procedimientos de intervalo. Grubb y Peterson, usando los datos del estudio CREST, encontraron una tasa similar de 17 en 5772 mujeres esterilizadas. Otros informes de instituciones sugieren que las tasas pueden ser más altas. Grubb y Peterson encontraron que las mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos más eficaces, como la anticoncepción oral combinada o dispositivos de cobre antes de la esterilización, tuvieron una tasa de embarazos en fase lútea más baja que las mujeres que utilizaron métodos de barrera, de fertilidad natural (ritmo) o coito interrumpido.

<sup>2</sup>  
Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

Se debe realizar una prueba de embarazo antes del procedimiento para excluir la posibilidad de un embarazo pre-existente. Sin embargo, una prueba de embarazo no excluye la posibilidad de un embarazo en fase lútea.

<sup>B</sup>  
Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Una prueba de embarazo a todas las mujeres que serán sometidas a esterilización puede detectar un embarazo pre-existente y por lo menos los embarazos en fase lútea. En un estudio 21 de 802 mujeres (2.6%) tuvieron positiva una prueba de embarazo el mismo día de su procedimiento de laparoscopia de intervalo programada. No todos estos casos pueden ser revelados por historia sola. Seguiría siendo importante tener una historia completa de admisión a fin de incluir el último periodo menstrual y las relaciones sexuales sin protección en el transcurso de éste. Mujeres en riesgo incluyen a aquellas que tuvieron relaciones sexuales sin protección en el mismo ciclo que el procedimiento de esterilización. Incluso las pruebas sensibles a la gonadotropina beta coriónica humana de rutina pueden no ser positiva hasta siete a ocho días después de la fecha de ovulación, lo que la prueba negativa podría dar falsas seguridades

<sup>3</sup>  
Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.  
*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**R**

El legrado de rutina en el momento de la oclusión tubaria, con el fin de evitar un embarazo en la fase lútea, no es recomendable

**E**

La dilatación concurrente con el legrado (D&C) a menudo son realizados en un intento de reducir la incidencia de embarazos en fase lútea. Grubb y Peterson encontraron que la D&C no reduce la tasa de embarazos en fase lútea. Lichter y col. También estudiaron el valor de la D&C de rutina al tiempo de la esterilización de intervalo. Después de detectar dos embarazos en fase lútea en 265 mujeres con riesgo, ellos calcularon que más de 130 procedimientos innecesarios se harían por uno que podría ser eficiente para abortar. Por lo tanto, se puso en duda el valor de D&C, especialmente cuando la terminación del embarazo no satisfactoria se incrementa con la edad gestacional. Otro estudio mostró que ésta práctica estuvo asociada con cinco perforaciones uterinas y una readmisión por hemorragia cuando se realizaron al mismo tiempo del procedimiento de esterilización en 222 mujeres, que muestran que la morbilidad está presente aún en un procedimiento rápido y sencillo. Hay dudas sobre la legalidad del D&C en las leyes del Reino Unido. El procedimiento podría ser interpretado como un intento de realizar un aborto. Esto entonces puede constituir un delito penal a menos que las condiciones del Acta de Aborto de 1967 accedan

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

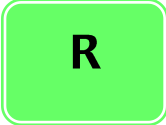

2/ 3

Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*



## 4.7 REVERSIÓN

| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado   |
|---|---|
|  <p><b>R</b></p> | <p>Aunque las mujeres que solicitan esterilización deben entender que el procedimiento está destinado a ser permanente, se les debe dar información sobre las tasas de éxito asociado con la reversión, en caso de que éste procedimiento sea necesario.</p> <p style="text-align: right;"><b>B</b></p> <p>Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.<br/><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p>   |
|  <p><b>E</b></p> | <p>La fecundación <i>In vitro</i> (FIV) fue originalmente desarrollada para la infertilidad tubaria y ha sido cuestionada si esto pudiera no ser el tratamiento más eficaz para mujeres que han sido esterilizadas y que quieren concebir otra vez. Los índices de éxito se han discutido para comparar favorablemente con la tasa media de éxito de 21.8% para la FIV. Sin embargo, los ensayos aleatorios no controlados han sido realizados comparando éstos dos métodos de concepción después de la oclusión tubaria. El aborto y las tasas de embarazo múltiple también son bajos después de la cirugía de reversión con la FIV. Las tasas de embarazo ectópico, debiera de esperar, son más altas después de la intervención quirúrgica, pero no son inaceptables. Ciclos repetidos de FIV pueden lograr una mayor tasa de éxito pero, en promedio, sólo uno de dos ciclos de FIV se realiza en mujeres en el Reino Unido. Aún en mujeres mayores de 40 años de edad, la reversión de la esterilización consigue una buena tasa de embarazos intrauterinos de 42-52%, mientras que disminuye el éxito con la FIV después de ésta edad a una tasa de nacidos vivos por ciclo de tratamiento de 5.4%. No han sido reportados embarazos en mujeres de más de 43 años con reversión de la esterilización</p> <p style="text-align: right;"><b>3</b></p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.<br/><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p> |

## 4.8 RIESGOS

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

Las mujeres deben estar seguras que la oclusión tubaria no está asociada con un incremento de periodos abundantes o irregulares cuando se realiza después de los 30 años de edad. Hay una asociación con siguiente incremento de tasas de histerectomía, aunque no hay evidencias de que la oclusión tubaria lleve a problemas que requieran de histerectomía. Los datos sobre el efecto en la menstruación son limitados cuando la oclusión tubaria se realiza antes de los 30 años de edad

**B**

Requiere de estudios clínicos bien conducidos disponibles pero no estudios clínicos aleatorios en el tema de la recomendación.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

**E**

Una revisión sistemática ha revisado la literatura sobre los cambios hormonales y menstruales de las mujeres que han sido sometidas oclusión tubaria. Esta revisión y un posterior seguimiento de cinco años de una sub-cohorte de mujeres reclutadas para el estudio CREST, encontraron un riesgo mayor a histerectomía en mujeres a las cuales se les sometió a oclusión tubaria en comparación de las mujeres con parejas con vasectomía o la población en general. No hay evidencia, sin embargo, que sugiera que la oclusión tubaria conlleve a problemas que hagan necesaria la histerectomía. Las mujeres que buscan una solución quirúrgica de anticoncepción, también pueden buscar una solución para sus quejas ginecológicas. Tres estudios indicaron que las mujeres tenían oclusión tubaria a temprana edad se encuentran significativamente en mayor riesgo de histerectomía que las mujeres que tuvieron este procedimiento a etapas tardías de su vida, aunque el estudio CREST encontró un riesgo elevado para todas las edades.

**2 a**

Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004*

## 4.9 EQUIPAMIENTO Y FACILIDADES

| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado  |
|---|--|
| <p><b>R</b></p> <p>Todo el equipo que se necesita para la oclusión tubaria, debe mantenerse correctamente.</p>                                    | <p>Puntos buenos de la práctica<br/>Recomendados como buenos basados en la experiencia clínica de el grupo desarrollador de la guía.<br/><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p> |
| <p><b>R</b></p> <p>La oclusión tubaria laparoscópica solo debe realizarse en un sitio con instalaciones para realizar una laparotomía segura.</p> | <p>Puntos buenos de la práctica<br/>Recomendados como buenos basados en la experiencia clínica de el grupo desarrollador de la guía.<br/><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p> |

## 4.10 CAPACITACIÓN

| Evidencia / Recomendación   | Nivel / Grado   |
|---|---|
| <p><b>R</b></p> <p>Los practicantes o médicos en entrenamiento deben realizar al menos 25 oclusiones tubarias supervisadas antes de realizarlas sin supervisión.</p>  | <p><b>C</b></p> <p>Requiere evidencia obtenida de reportes del comité de expertos o de opiniones y/o experiencias clínicas de las autoridades respectivas. Indicadas en ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.<br/><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</i></p> |
| <p><b>E</b></p> <p>El grupo que realizó la guía sugiere que un alumno no puede realizar esterilización laparoscópica sin supervisión hasta que él o ella hayan realizado por lo menos 25 procedimientos supervisados y pueda realizar una laparotomía sin supervisión. Supervisión significa la presencia de un ginecólogo capacitado (consultor o SPR 4/5 años) en el quirófano.</p> | <p><b>4</b></p> <p>Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas.<br/><i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2004</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](http://www.sign.ac.uk)), el modelo del Centre for Evidence Based Medicine, Oxford ([www.cebm.net](http://www.cebm.net)), el modelo del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). ([www.nice.org.uk](http://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 <sup>A</sup>  |
| 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 <sup>A</sup> |
| 3   | Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos                   |
| 4   | Opinión de expertos   |
| <b>Nota:</b> <sup>A</sup> 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<br>(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) <sup>a</sup> de estudios de nivel 1 <sup>b</sup>  |
| Ib  | Estudios de nivel 1 <sup>b</sup>  |
| II  | Estudios de nivel 2 <sup>c</sup> Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2   |
| III | Estudios de nivel 3 <sup>d</sup> 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:**

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Estudios de nivel 1:

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

<sup>c</sup> 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.

<sup>d</sup> 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](http://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**

|          |   |
|----------|---|
| <b>A</b> | 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>B</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.  |
| <b>C</b> | 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.  |
| <b>D</b> | 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> .                                  |
| <b>I</b> | 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

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Buena</b>        | La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud   |
| <b>Moderada</b>     | 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. |
| <b>Insuficiente</b> | 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) <sup>xiii</sup>.

#### Grados de Evidencia

|             |  |
|-------------|--|
| <b>I</b>    | Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado diseñado apropiadamente  |
| <b>II-1</b> | Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados si aleatorización  |
| <b>II-2</b> | Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de caso y control, preferentemente de más de un centro o grupo investigador                           |
| <b>II-3</b> | 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 |
| <b>III</b>  | Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos   |

#### Nivel de las recomendaciones

|          |   |
|----------|---|
| <b>A</b> | Recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente         |
| <b>B</b> | Recomendaciones basadas en evidencia científica limitada o inconsistente    |
| <b>C</b> | Recomendaciones basadas principalmente en consensos y opiniones de expertos |

### Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist <sup>xv</sup>.

|           | Clasificación de niveles de evidencia  |          | Grados de recomendación                 |
|-----------|--|----------|---|
| <b>1a</b> | Evidencia obtenida de meta-análisis de | <b>A</b> | Requiere al menos un estudio controlado |



|            |   |            |  |
|------------|---|------------|--|
|            | estudios controlados aleatorizados  |            | aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica<br>Nivel de evidencia 1a, 1b.   |
| <b>1b</b>  | Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado aleatorizado   |            |  |
| <b>IIa</b> | Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado   | <b>B</b>   | Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados pero no aleatorizados referentes al punto de la recomendación<br>Nivel de evidencia IIa, IIb III.   |
| <b>IIb</b> | Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización   |            |  |
| <b>III</b> | Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos | <b>C</b>   | 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<br>Nivel de evidencia IV |
| <b>IV</b>  | Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas   | <b>PBP</b> | 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).**

|  |  |
|--|--|
| <b>A. Reportes primarios de datos nuevos:</b>  | <b>B. Reportes que sintetizan o reflejan reportes primarios:</b>                                     |
| 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 control estudios de sensibilidad o especificidad de una prueba diagnóstica estudios poblacional descriptiva. | Clase X: Opinión Medica  |
| 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](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- 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](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 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

### CONSULTA Y ASESORÍA MÉDICA DE LA OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL

#### MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA BÚSQUEDA SISTÉMICA.

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática de **CONSULTA Y ASESORÍA MÉDICA DE LA OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL**. La búsqueda se realizó en PubMed, el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica y la Biblioteca Cochrane.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 5 años.

#### Criterios de exclusión:

1. Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

#### Estrategia de búsqueda

##### Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de oclusión tubárica bilateral, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados de 2000 a la fecha (2009), en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica. Primero se procedió a buscar el término validado en el MeSh, se identificó como término en vocabulario libre "bilateral Tubal occlusion" pero al buscarlo en el MeSh de PubMed no se encontró término en inglés validado. Entonces se procedió a preguntar la grupo desarrollador e indicaron que otro término sinónimo era el de Salpingoclasia / Tubal ligation, al buscar "Tubal ligation" en el MeSh de PubMed se encontró el término validado esterilización tubaria / Sterilization, tubal. Al realizar la búsqueda en PubMed dio un resultado, pero no fue posible recuperar dicho documento. También se corrió la búsqueda en PubMed con los mismos criterios, con el término de vocabulario libre "bilateral Tubal occlusion" sin obtenerse resultados.

| Búsqueda  | Resultado obtenido |
|---|--------------------|
| Search Sterilization, Tubal [mesh] Limits: Publication Date from 2000 to 2009, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, | 1                  |

#### Algoritmo de búsqueda

1. - Sterilization, tubal [Mesh]
2. - "2000"[PDAT] : "2009"[PDAT]
3. - # 1 AND # 2
- 4 - Practice guideline [ptyp]
- 5 - Guideline [ptyp]

- 6. - # 4 OR # 5
- 7. - # 3 AND # 6
- 8. - English [Lang]
- 9. - Spanish [Lang]
- 10. - # 8 OR # 9
- 11. - # 7 AND # 10
- 12. - # 1 AND # 2 AND (# 4 OR # 5) AND (# 8 OR # 9)

### Segunda etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web, se obtuvieron 57 resultados, de los cuales se obtuvieron 12 documentos que fueron revisados y después de revisarlos se detectó que sólo dos eran de utilidad por abordar el tema de la guía desde el enfoque de la misma.

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Tripdatabase   | 15 resultados, 5 recuperados          |
| CMA infobase   | 1 resultado.                          |
| National Guideline Clearinghouse (NGC)                               | 12 resultados, 1 recuperado.          |
| National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)         | 12 resultados, 5 recuperados.         |
| American College of Physicians. ACP. Clinical Practice Guidelines    | 2 resultados.                         |
| Australian Government. National Health and Medical Research Council. | 2 resultados.                         |
| Organización Mundial de la Salud (OMS)                               | 13 resultados, 2 recuperados.         |
| Secretaría de Salud (NOMS)   | 1 documento recuperado                |
| <b>Total</b>   | <b>58 resultados, 14 recuperados.</b> |

De los 14 documentos recuperados de los 58 resultados obtenidos, sólo la guía "Male and Female Sterilization" de la Royal College Obstetricians and Gynaecologists, recuperada por NGC y una norma oficial mexicana, recuperada a partir de un sitio Web de la Secretaría de Salud, fueron de utilidad para la elaboración de la guía, al abordar el enfoque de la misma.

### Tercera etapa

En la tercera etapa se procedió a buscar revisiones sistemáticas en la Biblioteca Cochrane.

| Búsquedas                            | Resultados                           |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Bilateral next tubal next occlusion. | 1 resultado recuperado.              |
| Tubal next ligation.                 | 9 resultados, 2 recuperados.         |
| <b>Total</b>                         | <b>10 resultados, 3 recuperados.</b> |

### 5.3 LISTADO DE RECURSOS

**ETAPA DE INTERVENCIÓN:** Acciones preventivas, educativas.

**RECURSOS HUMANOS:**

Pasantes en Servicio social  
Personal de Salud en formación  
Médico General  
Médico Familiar  
Enfermera General  
Auxiliar de Enfermería  
Médico familiar  
Médico ginecólogo  
Licenciado en Psicología  
Licenciado en Trabajo Social

#### INSUMOS PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

##### EQUIPO MÉDICO

| <b>CLAVE</b> | <b>NOMBRE GENÉRICO</b>                       |
|--------------|--|
| 513.130.0054 | Báscula con pedestal y estadímetro ajustable |
| 531.116.0302 | Esfingomanómetro de pared                    |
| 531.375.0217 | Estetoscopio biauricular cápsula doble       |
| 531.375.0159 | Estetoscopio obstétrico                      |
| 535.618.0710 | Martillo para reflejos                       |
| 531.621.1306 | Mesa de exploración universal                |
| 531.292.0019 | Detector de latido fetal                     |

|              |   |
|--------------|---|
| 531.704.0588 | Porta-termómetro de acero inoxidable          |
| 513.634.0089 | Negatoscopio                                  |
| 513.621.2429 | Mesa universal para exploración               |
| 531.295.0040 | Estuche de diagnóstico primer nivel           |
| 513.108.0011 | Banco giratorio                               |
| 513.123.0053 | Banqueta de altura                            |
| 519.630.1807 | Mesa pasteur                                  |
| 531.678.0013 | Plicómetro                                    |
| 531.565.1457 | Lámpara de haz direccionable para examinación |

**MOBILIARIO y EQUIPO ADMINISTRATIVO:**

| CLAVE        | EQUIPO                         | CANTIDAD |
|--------------|--------------------------------|----------|
| 511.836.0220 | Sillón comfortable 3 plazas    | 5        |
| 529.636.0018 | Computadora                    | 1        |
| 529.636.0026 | Impresora                      | 1        |
| 529.778.001  | No break                       | 1        |
| 219.132.0059 | Bote sanitario                 | 1        |
| 529.869.0057 | Toallero para toallas de papel | 1        |
| S/C          | Escritorio médico              | 1        |
| S/C          | Sillón individual              | 1        |
| S/C          | Silla individual               | 2        |
| S/C          | Archivero                      | 1        |

**MATERIAL DE CURACIÓN**

| CLAVE        | DESCRIPCION   |
|--------------|---|
| 060.621.0524 | Cubrebocas desechable                                 |
| 060.360.0032 | Espejo vaginal desechable, mediano                    |
| 060.456.0409 | Guantes p/exploración, estériles, desechables, grande |
| 060.436.0057 | Gasa seca cortada de algodón 7.5X5.00 cm              |
| 060.082.0104 | Aplicadores con algodón de madera                     |

**MATERIAL DIVERSO:**

| DESCRIPCIÓN        | CANTIDAD |
|--------------------|----------|
| Cinta métrica      | 1        |
| Termómetro         | 1        |
| Bata para paciente | 10       |

### MATERIAL DE PAPELERIA:

|                                  |
|----------------------------------|
| Hojas blancas                    |
| Plumas                           |
| Pintarrón                        |
| Pincel para pintarrón            |
| Borrador                         |
| Televisor 50 pulgadas            |
| Material didáctico sobre el tema |
| Reproductor audiovisual          |

## 5.4 EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO

### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

#### Criterios de Evaluación

| Opciones de Respuesta | Significado del criterio   |
|-----------------------|--|
| 4. Muy de acuerdo     | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo         | Si <b>NO</b> está <b>seguro</b> de si un <b>criterio ha sido cumplido por completo</b>   |
| 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

#### Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

#### Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Folio de Identificación | 213280 |
|-------------------------|--------|

|  |  |
|--|--|
| Nombre completo del evaluador          | <b>Liliana Espinoza González</b>                         |
| Nombre Autores (los dos primeros)      |  |
| Institución que respalda la GPC        | <b>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</b> |
| Fecha de Elaboración                   | <b>Abril 1999</b> _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de revisión                      | <b>Enero 2004</b> _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de Publicación                   | _____  |
| Idioma en la que esta publicada la GPC | <b>Inglés</b>  |
| País dónde se realizó la GPC           | <b>Reino Unido</b>                                       |

| <b>Pregunta de Interés</b>  | <b>Escala de Respuesta</b> |          |           |           |
|---|----------------------------|----------|-----------|-----------|
|   | <b>1</b>                   | <b>2</b> | <b>3</b>  | <b>4</b>  |
| 1. 1¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          |           | X         |
| 2. 2¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                            |          | X         |           |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?             |                            |          | X         |           |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?   |                            |          |           | X         |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          |           | X         |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                 |                            | X        |           |           |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          | X         |           |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          | X         |           |
|   |                            |          | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|   |                            |          | X         |           |
|   |                            |          |           |           |



### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

#### Criterios de Evaluación

| Opciones de Respuesta | Significado del criterio   |
|-----------------------|--|
| 4. Muy de acuerdo     | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo         | Si <b>NO</b> está seguro de si un <b>criterio ha sido cumplido por completo</b>  |
| 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

#### Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

##### Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

|  |   |
|--|---|
| Folio de Identificación                | 213280  |
| Nombre completo del evaluador          | María Elena Rodríguez Pulido                      |
| Nombre Autores (los dos primeros)      |   |
| Institución que respalda la GPC        | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| Fecha de Elaboración                   | Abril 1999 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de revisión                      | Enero 2004 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de Publicación                   | _____   |
| Idioma en la que esta publicada la GPC | Inglés  |
| País dónde se realizó la GPC           | Reino Unido                                       |

| Pregunta de Interés  | Escala de Respuesta |   |   |   |
|--|---------------------|---|---|---|
|  | 1                   | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                     |   | X |   |

|  |   |                |           |           |
|--|---|----------------|-----------|-----------|
| 2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |   |                | X         |           |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?            |   |                | X         |           |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?  |   |                |           | X         |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?  |   |                |           | X         |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?   |   |                | X         |           |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                | X |                |           |           |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?  |   | X              |           |           |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?  |   |                | X         |           |
|  |   |                | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|  |   | Recomendada    | X         |           |
|  |   | No recomendada |           |           |

### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

#### Criterios de Evaluación

| Opciones de Respuesta | Significado del criterio   |
|-----------------------|--|
| 4. Muy de acuerdo     | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo         | Si <b>NO</b> 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

#### Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

##### Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Folio de Identificación           | 213280  |
| Nombre completo del evaluador     | Carlos Medrano                                    |
| Nombre Autores (los dos primeros) |   |
| Institución que respalda la GPC   | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| Fecha de Elaboración              | Abril 1999<br>Día / mes / año _____               |

|  |  |
|--|--|
| Fecha de revisión                      | Enero 2004<br>_____ / _____ / _____<br>Día / mes / año |
| Fecha de Publicación                   | _____ / _____ / _____                                  |
| 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  |
| 1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?   |                     |   |    | X  |
| 2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                     |   | X  |    |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?            |                     |   |    | X  |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?  |                     |   |    | X  |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?  |                     |   |    | X  |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?   |                     |   |    | X  |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                |                     |   | X  |    |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?  |                     |   |    | X  |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?  |                     |   |    | X  |
|  |                     |   | Si | No |
|  | Recomendada         |   | X  |    |
|  | No recomendada      |   |    |    |

### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

#### Criterios de Evaluación

| Opciones de Respuesta | Significado del criterio   |
|-----------------------|--|
| 4. Muy de acuerdo     | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo         | Si <b>NO está seguro</b> de si un <b>criterio ha sido cumplido por completo</b>  |
| 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

| <b>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</b>  |   |
|---|---|
| <b>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</b> |   |
| Folio de Identificación                                       | 213280  |
| Nombre completo del evaluador                                 | Ramón Ramírez López                               |
| Nombre Autores (los dos primeros)                             |   |
| Institución que respalda la GPC                               | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| Fecha de Elaboración  | Abril 1999 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de revisión   | Enero 2004 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de Publicación  | _____   |
| Idioma en la que esta publicada la GPC                        | Inglés  |
| País dónde se realizó la GPC                                  | Reino Unido                                       |

| <b>Pregunta de Interés</b>   | <b>Escala de Respuesta</b> |          |           |           |
|--|----------------------------|----------|-----------|-----------|
|  | <b>1</b>                   | <b>2</b> | <b>3</b>  | <b>4</b>  |
| 1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          |           | X         |
| 2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                            |          |           | X         |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?            |                            |          |           | X         |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?  |                            |          |           | X         |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          |           | X         |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          |           | X         |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                |                            |          |           | X         |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
|  |                            |          | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|  | Recomendada                |          | X         |           |
|  | No recomendada             |          |           |           |

### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

#### Criterios de Evaluación

| Opciones de Respuesta | Significado del criterio   |
|-----------------------|--|
| 4. Muy de acuerdo     | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo         | Si <b>NO</b> 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

#### Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

##### Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

|  |   |
|--|---|
| Folio de Identificación                | 213280  |
| Nombre completo del evaluador          | Héctor Manuel Galena Algarín                      |
| Nombre Autores (los dos primeros)      |   |
| Institución que respalda la GPC        | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| Fecha de Elaboración                   | Abril 1999 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de revisión                      | Enero 2004 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de Publicación                   | _____   |
| Idioma en la que esta publicada la GPC | Inglés  |

|  |                            |          |           |           |
|--|----------------------------|----------|-----------|-----------|
| País dónde se realizó la GPC   | Reino Unido                |          |           |           |
| <b>Pregunta de Interés</b>   | <b>Escala de Respuesta</b> |          |           |           |
|  | <b>1</b>                   | <b>2</b> | <b>3</b>  | <b>4</b>  |
| 1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          | X         |           |
| 2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                            |          | X         |           |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?            |                            |          | X         |           |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?  |                            |          | X         |           |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          | X         |           |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                |                            |          | X         |           |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
|  |                            |          | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|  | Recomendada                |          | X         |           |
|  | No recomendada             |          |           |           |

### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

| <b>Criterios de Evaluación</b> |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Opciones de Respuesta</b>   | <b>Significado del criterio</b>  |
| 4. Muy de acuerdo              | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo                  | Si <b>NO</b> 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

| <b>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</b>  |   |
|---|---|
| <b>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</b> |   |
| Folio de Identificación                                       | 213280  |
| Nombre completo del evaluador                                 | Gabriel Cortéz Veronica                           |
| Nombre Autores (los dos primeros)                             |   |
| Institución que respalda la GPC                               | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| Fecha de Elaboración  | <b>Abril 1999</b><br>Día / mes / año _____        |
| Fecha de revisión   | <b>Enero 2004</b><br>Día / mes / año _____        |
| Fecha de Publicación  | _____   |
| Idioma en la que esta publicada la GPC                        | <b>Inglés</b>                                     |
| País dónde se realizó la GPC                                  | <b>Reino Unido</b>                                |

| <b>Pregunta de Interés</b>   | <b>Escala de Respuesta</b> |          |           |           |
|--|----------------------------|----------|-----------|-----------|
|  | <b>1</b>                   | <b>2</b> | <b>3</b>  | <b>4</b>  |
| 1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          |           | X         |
| 2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                            |          | X         |           |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?            |                            |          | X         |           |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?  |                            |          |           | X         |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          |           | X         |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?   |                            |          | X         |           |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                |                            | X        |           |           |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?  |                            |          | X         |           |
|  |                            |          | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|  | Recomendada                |          | X         |           |
|  | No recomendada             |          |           |           |

### Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

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

#### Instrucciones de llenado:

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

#### Criterios de Evaluación

| Opciones de Respuesta | Significado del criterio   |
|-----------------------|--|
| 4. Muy de acuerdo     | Si está <b>completamente seguro</b> de que <b>criterio se ha alcanzado por completo</b>  |
| 3. De acuerdo         | Si <b>NO</b> está seguro de si un <b>criterio ha sido cumplido por completo</b>  |
| 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 <b>completamente seguro</b> de que el <b>criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible</b>   |

#### Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

##### Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

|  |   |
|--|---|
| Folio de Identificación                | 213280  |
| Nombre completo del evaluador          | Blanca Mireya Jaso Gómez                          |
| Nombre Autores (los dos primeros)      |   |
| Institución que respalda la GPC        | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| Fecha de Elaboración                   | Abril 1999 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de revisión                      | Enero 2004 _____<br>Día / mes / año               |
| Fecha de Publicación                   | _____   |
| Idioma en la que esta publicada la GPC | Inglés  |
| País dónde se realizó la GPC           | Reino Unido                                       |

| Pregunta de Interés  | Escala de Respuesta |   |   |   |
|--|---------------------|---|---|---|
|  | 1                   | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Cómo debe ser la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |                     |   | X |   |



|  |   |   |                |           |
|--|---|---|----------------|-----------|
| 2. ¿Qué se debe hacer ante las personas a las que se les otorga la consejería y asesoría para la oclusión tubaria bilateral? |   |   | X              |           |
| 3. ¿Qué información se debe proporcionar a las personas que solicitan el método de la oclusión tubaria bilateral?            |   |   | X              |           |
| 4. ¿Qué técnicas quirúrgicas de oclusión tubaria bilateral existen?  |   |   | X              |           |
| 5. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para realizar la oclusión tubaria bilateral?  |   |   |                | X         |
| 6. ¿Qué desventajas tiene la oclusión tubaria bilateral?   |   |   | X              |           |
| 7. ¿En qué momento se debe tomar la decisión para practicarse una oclusión tubaria bilateral?                                | X |   |                |           |
| 8. ¿Puede ser reversible la oclusión tubaria bilateral?  |   | X |                |           |
| 9. ¿Qué riesgos conlleva la oclusión tubaria bilateral?  |   |   | X              |           |
|  |   |   | <b>Si</b>      | <b>No</b> |
|  |   |   | Recomendada    | X         |
|  |   |   | No recomendada |           |

## 5.5 DEFINICIONES OPERATIVAS

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

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

**Anticoncepción de emergencia:** Es una forma de anticoncepción que puede ser adoptada por la mujer después del sexo. La anticoncepción de emergencia no puede proteger contra 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.

**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.

**Condón femenino:** Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Protege el contacto directo del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

**Condón masculino:** Es un dispositivo elaborado de latex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto el cual termina en un borde o ribete, se coloca al pene en erección durante la relación sexual para evitar el paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina. Algunos contienen además sustancias espermicidas (nonoxinol-9). Este método contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA.

**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.

**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.

**Fertilidad:** Capacidad de producir o sustentar una progenie numerosa.

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

**Implantación:** 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.

**Indicación:** Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo con las necesidades, características y factores de riesgo para la salud de él o la aceptante.

**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.

**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.

**Menorragia:** Sangrado menstrual excesivo o prolongado.

**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.

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

**Método de barrera:** Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan, también, de sustancias químicas espermicidas.

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

**Obstrucción tubaria bilateral (OTB):** Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la obstrucción bilateral de las trompas uterinas.

**Oligomenorrea:** Es la reducción en la frecuencia del sangrado menstrual.

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

**Planificación familiar:** Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

**Pos-aborto:** Periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la interrupción del embarazo menor de 20 semanas.

**Pos-cesárea:** Periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 20 semanas o más.

**Pos-parto:** Periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución, por vía vaginal, de un embarazo de 20 semanas o más.

**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.

**Puerperio:** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de sus órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato, del segundo al séptimo día y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo día de la resolución del evento obstétrico.

**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.

**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.

**Salud reproductiva:** Estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

**Vasectomía:** Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

**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

1. Guideline Male and Female Sterilisation, Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
2. Lo que el prestador de servicios debe saber acerca de: Oclusión tubaria bilateral, 1999.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.
4. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. Male and Female Sterilisation. National Guideline Clearinghouse. 2004

## **7. Agradecimientos**

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Nayarit las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación de 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

Dr. Domingo Antonio Ocampo

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández

Dr. Luis Arguêro y Reyes

Dr. Eric Romero Arredondo

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Lic. Ana María Otero Prieto

Lic. Margarita Isela Rivera Ramos

Directora General

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud

Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica

Subdirector de Guías de Práctica Clínica

Asesores de Guías de Práctica Clínica

Investigación Documental

Comunicación y Logística

Diseño Gráfico



## 9. Directorio

**Secretaría de Salud**  
Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**  
Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**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 Morin  
**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**

## 10. Comité Nacional de Guías de la Práctica Clínica

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