

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR  
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización  
2014

MANEJO DE  
ANTICONCEPTIVOS  
TEMPORALES HORMONALES  
EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA,  
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVELES  
DE ATENCIÓN

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:SS-202-09

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD  
GENERAL



DIF  
Nacional





Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright Secretaría de Salud, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

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 de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y 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.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención.** México: Secretaría de Salud; **27/Marzo/2014**  
Actualización parcial.

Esta guía puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

**CIE-10: Z30: ATENCIÓN PARA LA ANTICONCEPCIÓN  
Z30.0: CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL  
SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN.  
Z30.4: SUPERVISIÓN DEL USO DE DROGAS  
ANTICONCEPTIVAS.**

**GPC: MANEJO DE ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES  
HORMONALES EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, EN EL  
PRIMER Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCIÓN**

**COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2009**

**COORDINADORES:**

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Responsable estatal de guías de práctica clínica	
Dr. Luis Ángel Terán Ortiz	Médico inmunólogo	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Jefe del departamento de enlace científico y académico	

**AUTORES:**

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Responsable estatal de guías de práctica clínica	
Dr. Sabel Cornazzani Reyes	Médico general	Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Coordinador estatal del programa de planificación familiar	
Dr. Claudio Beltrán Calderón	Médico gineco-obstetra	Iniciativa privada	Médico especialista	
Dr. Fredy G. Vázquez Astudillo	Médico general	Iniciativa privada	Médico general	
M.G.D.S. Fernando López Molina	Médico general y Maestro en gerencia y dirección en salud	Jurisdicción Sanitaria No. II dependiente del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Coordinador jurisdiccional del programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia	

Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva,  
en el primer y segundo niveles de atención

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médico gineco-obstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de guías de gineco-obstetricia	
----------------------------------	------------------------	--	--	--

**VALIDADORES:**

Dr. Tito Ramírez Lozada	Médico gineco-obstetra y perinatólogo	Hospital de la Mujer	Jefe del servicio de urgencias	
-------------------------	---------------------------------------	----------------------	--------------------------------	--

**COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2014**

**COORDINADORES:**

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médico General	SSA Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica/Calidad	Colegio de Médicos Generales del Estado de Chiapas
Dra. J. Lorraine Cárdenas Hernández	Ginecología y Obstetricia	CENETEC	Coordinadora de Guías de Ginecología y obstetricia	

**AUTORES:**

Dr. Rodolfo Campos Gonzalez	Ginecología y Obstetricia	SSA Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Asesor de la Dirección de Planificación Familiar	Colegio Médico de Exresidentes de Ginecología y obstetricia del Centro Médico Nacional Siglo XXI
Lic. Jesús Ramos Huerta	Licenciado en Enfermería y Obstetricia	SSA Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Apoyo en logística de insumos anticonceptivos	
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médico General	SSA Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica/Calidad	Colegio de Médicos Generales del Estado de Chiapas
Mtra. Janeth Penagos Zamudio	Maestría en Administración con formación en Organizaciones	SSA Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Responsable Estatal del Sistema INDICAS/Calidad	

**VALIDADORES:**

Dr. Eduardo Navarro Oviedo	Ginecología y Obstetricia	Hospital de la Mujer	Adscrito al servicio de ginecología	
----------------------------	---------------------------	----------------------	-------------------------------------	--

# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder .....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales.....</b>	<b>9</b>
3.1.	Justificación.....	9
3.2.	Actualización del Año 2009 al 2013 .....	11
3.3.	Objetivo.....	12
3.4.	Definición .....	13
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones .....</b>	<b>14</b>
4.1.	Métodos de anticoncepción temporal hormonal .....	15
4.1.1.	<i>Orientación y consejería .....</i>	<i>15</i>
4.1.2.	<i>Historia clínica.....</i>	<i>17</i>
4.2.	Anticonceptivos temporales hormonales orales combinados .....	21
4.2.1.	<i>Indicaciones.....</i>	<i>21</i>
4.2.2.	<i>Contraindicaciones, factores de riesgo y efectos secundarios.....</i>	<i>22</i>
4.2.3.	<i>Información basada en evidencias para las mujeres .....</i>	<i>30</i>
4.3.	Parche transdérmico.....	33
4.4.	Anillo intravaginal.....	34
4.5.	Anticonceptivos inyectables de sólo progestina .....	34
4.5.1.	<i>Toma de decisiones .....</i>	<i>34</i>
4.5.2.	<i>Efectos sobre los periodos menstruales, riesgos y posibles efectos colaterales.....</i>	<i>36</i>
4.5.3.	<i>Temas a considerar antes de prescribir anticonceptivos inyectables.....</i>	<i>37</i>
4.6.	Implantes subdérmicos de sólo progestina .....	38
4.6.1.	<i>Eficacia anticonceptiva.....</i>	<i>38</i>
4.6.2.	<i>Efectos sobre los periodos menstruales.....</i>	<i>38</i>
4.6.3.	<i>Riesgos y posibles efectos colaterales.....</i>	<i>39</i>
4.6.4.	<i>Consideraciones importantes para antes de aplicar un implante.....</i>	<i>40</i>
4.6.5.	<i>Detalles prácticos al colocar los implantes.....</i>	<i>42</i>
4.6.6.	<i>Seguimiento y manejo de problemas.....</i>	<i>43</i>
4.7.	Consideraciones especiales de la anticoncepción hormonal .....	43
4.8.	Criterios de referencia .....	47
4.9.	Cáncer y anticoncepción.....	48
4.10.	VIH/SIDA y anticoncepción.....	54
<b>5.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>56</b>
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	56
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>57</i>
5.1.1.1.	<i>Primera Etapa.....</i>	<i>57</i>
5.1.1.2.	<i>Segunda Etapa .....</i>	<i>60</i>
5.2.	Escalas de Gradación.....	59
5.3.	Consideraciones especiales sobre los criterios médicos de elegibilidad .....	68
5.4.	Escalas de Clasificación Clínica.....	70
5.5.	Diagramas de Flujo.....	80
5.6.	Listado de Recursos.....	81
5.6.1.	<i>Tabla de Medicamentos.....</i>	<i>81</i>
<b>6.</b>	<b>Glosario.....</b>	<b>86</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>91</b>
<b>8.</b>	<b>Agradecimientos .....</b>	<b>93</b>
<b>9.</b>	<b>Comité Académico.....</b>	<b>94</b>
<b>10.</b>	<b>Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador.....</b>	<b>95</b>
<b>11.</b>	<b>Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica .....</b>	<b>96</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: SS-202-09

<b>Profesionales de la salud</b>	Ginecólogo y obstetra, médico general, enfermero, maestro en ciencias.
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: Z30: Atención para la anticoncepción. Z30.0: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción. Z30.4: Supervisión del uso de drogas anticonceptivas.
<b>Categoría de GPC</b>	Primero y segundo niveles de atención.
<b>Usuarios potenciales</b>	Enfermeras generales, hospitales, médicos especialistas, médicos generales, médicos familiares, planificadores de servicios de salud.
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	Gobierno Federal Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva Instituto de Salud del Estado de Chiapas
<b>Población blanco</b>	Mujeres en edad reproductiva
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	Gobierno Federal Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva Instituto de Salud del Estado de Chiapas
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	CIE-9MC: Consulta
<b>Impacto esperado en salud</b>	Dotar a los prestadores de servicios de salud de una herramienta que sustente información acerca de la efectividad, utilidad, seguridad y aplicación de la anticoncepción hormonal temporal y estandarizar su manejo y campo de aplicación.
<b>Metodología de Actualización<sup>1</sup></b>	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 2 de la guía original y 11 de la actualización, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 13 (tres guías fueron de la versión original, actualizadas sin cambios)
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: Lic. V. Beatriz Ayala Robles, INER. Validación de la guía: Dr Eduardo Navarro Oviedo, Hospital de la mujer
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro</b>	SS-202-09
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación de la actualización: 27/Marzo/2014. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

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

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son las acciones específicas en educación para la salud en mujeres en edad reproductiva que utilizan anticonceptivos hormonales?
2. En pacientes que solicitan anticoncepción temporal hormonal, ¿es necesario realizar historia clínica?
3. ¿Cómo debe ser la valoración de las usuarias potenciales de anticoncepción temporal hormonal?
4. ¿Cuáles son los métodos disponibles de anticoncepción temporal hormonal?
5. ¿Cuál es el mecanismo de acción de la anticoncepción temporal hormonal?
6. ¿Cómo debe realizarse el seguimiento clínico de las usuarias de anticoncepción temporal hormonal?
7. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos orales?
8. ¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales?
9. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?
10. ¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables?
11. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso del implante subdérmico?
12. ¿Cuáles son las contraindicaciones para el uso del implante subdérmico?
13. ¿Cuál es el abordaje de la anticoncepción temporal hormonal en mujeres VIH positivas?
14. ¿Cuál es el abordaje de la anticoncepción temporal hormonal en mujeres con diagnóstico de cáncer?

## 3. ASPECTOS GENERALES

### 3.1. Justificación

Durante los últimos 35 años hemos sido testigos de un notable progreso en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, incluidas las transiciones de los anticonceptivos orales combinados de altas dosis a los de bajas dosis y de los DIU inertes a los dispositivos intrauterinos con cobre y a los liberadores de levonorgestrel. Además, se han introducido los anticonceptivos inyectables combinados, el parche y el anillo vaginal hormonales combinados, los implantes y los anticonceptivos inyectables de progestina sola (OMS, 2012).

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento y tiempo de los embarazos, la información y los medios para hacerlo, y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva (OMS, 2012, *Beijing Platform for Action, 1995, párrafo 95*). El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, no solo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres, las niñas y los niños, sino que es, además, un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar; esto incluye a las personas con capacidades diferentes, conforme a lo exigido específicamente en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (artículos 23.1 y 25.a).<sup>1</sup> El enfoque basado en los derechos para disponer de anticonceptivos supone una consideración holística de los usuarios, lo que incluye tomar en cuenta las necesidades del cuidado de su salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad para ayudar a las personas a escoger y usar un método de planificación familiar (OMS, 2012).

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

<sup>1</sup> Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas Enable, Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, 2007 (<http://www.un.org/disabilities/>, consultado el 13 de enero de 2009).

Es importante recordar que en la elección de un método anticonceptivo se deben tener en cuenta las consideraciones de los criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos, específicamente la preferencia del usuario; proporcionar las opciones anticonceptivas a las personas en una forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige permitirles realizar elecciones informadas. Sin embargo, las elecciones de las mujeres generalmente están impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos. Desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos requiere que se proporcione información acerca de las particularidades, las ventajas y desventajas, que están sujetas a las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales. los usuarios.

La elección depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo que, a su vez, depende su uso correcto. La *Tabla 1* compara el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no planificado durante el primer año del uso del método anticonceptivo cuando el este se utiliza correcta y consistentemente y cuando se usa típicamente. El uso correcto y consistente puede variar en función de algunos factores, tales como la edad, y los niveles educativo y económico de quien lo utiliza. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente por parte de las personas tienen un amplio rango de eficacia. La mayoría de los hombres y las mujeres tienden a ser usuarios más efectivos a medida que adquieren mayor experiencia con un método. Sin embargo, los aspectos programáticos también tienen un efecto importante en el uso eficaz del método (OMS, 2012).

El Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, se ha definido como prioritario por esta administración, porque contribuye a que las personas alcancen una vida sexual y reproductiva sana, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico (CNEGSR, 2012).

El descenso de la fecundidad ocurrido en México, desde mediados de los años setenta, es la manifestación más concreta del proceso de apropiación de la población mexicana de uno de los derechos humanos fundamentales: la libertad de decidir acerca de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Se estima que la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico a mediados de la década de los sesenta, cuando registró un nivel de 7.3 hijos promedio por mujer. En las siguientes décadas, los logros alcanzados en materia de salud y educación y en el mejoramiento de la condición social de la mujer contribuyeron a impulsar la caída acelerada de la fecundidad. Desde entonces, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó de casi seis hijos por mujer en 1974, a 2.2 hijos para el año 2006 (CNEGSR, 2012).

## 3.2. Actualización del Año 2009 al 2013

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
  - Título desactualizado: **Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción hormonal temporal**
  - Título actualizado: **Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención**
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
  - **Orientación y consejería**
  - **Historia clínica**
  - **Implantes subdérmicos de sólo progestina**
    - i. **efectos sobre los periodos menstruales,**
    - ii. **riesgos y posibles efectos colaterales,**
    - iii. **consideraciones importantes antes de aplicar un implante,**
    - iv. **Detalles prácticos al colocar los implantes**
  - **Cáncer y anticoncepción**
  - **VIH/SIDA y anticoncepción**

### 3.3. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención**, forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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

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

- **Dotar a los prestadores de servicios de salud, del primer y segundo niveles de atención, de una herramienta que sustente información sobre la efectividad, utilidad, seguridad y aplicación de la anticoncepción hormonal temporal.**
- **Estandarizar su manejo y campo de aplicación.**

Lo anterior 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, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.4. Definición

La anticoncepción hormonal se define como la administración oral y parenteral de anticonceptivos hormonales que comprenden estrógenos y progestágenos con el objeto de evitar embarazos.

Los métodos anticonceptivos son, por tanto, aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente. (NOM-005-SSA2-1993).

Los métodos anticonceptivos se aplican para regular la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, con el fin de prevenir embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, se clasifican en temporales y permanentes.

Los métodos anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina.
- Los que contienen sólo progestina.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron las escalas: **SIGN, NICE, USPSTF, ACOG, Shekelle, SOGC, CEU/FFPRHA/RCOG.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>la Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>

## 4.1. Métodos de anticoncepción temporal hormonal

### 4.1.1. Orientación y consejería

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La consejería sobre anticoncepción debe ser sensible a las diferencias culturales y a las creencias religiosas.	<b>D</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los servicios de planificación familiar deben proporcionarse con dignidad y respeto, basados en las diferencias y necesidades individuales.	<b>A</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>
	A fin de realzar la calidad de las decisiones tomadas en planificación familiar, los proveedores de servicios de salud deberán estar capacitados para proporcionar consejería y con ello ayudar a que la usuaria decida en forma libre e informada lo que desea en anticoncepción.	<b>B</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>
	La consejería en planificación familiar debe incluir orientación sobre el descenso de la fertilidad que se encuentra asociado con el aumento de la edad femenina.	<b>A</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>
	Las mujeres que consideren el uso de métodos anticonceptivos de larga duración deben recibir información detallada –tanto verbal como escrita– que les permita elegir un método y utilizarlo efectivamente. Esta información debe considerar sus necesidades individuales e incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia anticonceptiva</li> <li>• Duración de uso</li> <li>• Riesgos y efectos colaterales posibles</li> <li>• Beneficios no anticonceptivos</li> <li>• El procedimiento para iniciar o remover/descontinuar</li> <li>• Cuándo buscar ayuda mientras se está utilizando el método</li> </ul>	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Cuando se considere la elección de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración para grupos femeninos específicos y mujeres con condiciones médicas específicas, los profesionales de	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

	la salud deberán estar atentos y discutir con cada mujer cualquier inquietud que pueda afectar su decisión.	
	Los profesionales de la salud que den consejería a las mujeres sobre alternativas de métodos anticonceptivos deben ser competentes en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a las mujeres a considerar y comparar los riesgos y los beneficios de todos los métodos relevantes para sus necesidades individuales</li> <li>• Manejar los efectos colaterales comunes y los problemas, tales como la amenorrea, los sangrados intermestruales o las alteraciones del sangrado, aumento de peso o pérdida de la densidad mineral ósea</li> </ul>	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los profesionales de la salud que ayudan a mujeres a tomar decisiones en anticoncepción deben estar familiarizados con las guías nacionalmente aceptadas sobre elegibilidad médica y sobre las recomendaciones del uso de los anticonceptivos.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los profesionales de la salud que proporcionen información sobre anticoncepción deben estar capacitados para valorar el riesgo reproductivo, incluyendo el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y sugerir las pruebas diagnósticas cuando sea necesario o canalizar al nivel de atención correspondiente.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los profesionales de la salud deben proporcionar un método anticonceptivo temporal en la primera consulta si es requerido, dependiendo de la valoración del riesgo reproductivo.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, et al., 2005, rev. 2013</i>
	Las mujeres y los hombres deben recibir información práctica acerca del amplio rango de métodos anticonceptivos, de tal manera que puedan seleccionar el método más apropiado a sus necesidades y circunstancias.	<b>A Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>
	Los prestadores de servicios de salud deben asistir a mujeres y hombres en el desarrollo de habilidades necesarias para negociar el uso de la anticoncepción, así como acerca del uso correcto y consistente del método de anticoncepción escogido.	<b>C Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>

	Los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos del Reino Unido incluyen a la píldora, el parche y el anillo vaginal en el rubro de la anticoncepción hormonal combinada, por lo tanto, se aplicarían las mismas categorías para todos. Todos estos métodos serán referidos como anticoncepción hormonal combinada, a menos que se especifique lo contrario.	<b>2++ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Para las mujeres con un TEV actual y tomando anticoagulantes, los beneficios del uso de cualquier anticonceptivo de sólo progestina (píldoras, implantes, inyectables y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel) son mayores que cualquier riesgo. Aunque hay un pequeño riesgo de hematoma con el uso del inyectable o el implante de sólo progestina en mujeres que utilizan los anticoagulantes, el riesgo es menor. Para las mujeres con antecedentes de TEV los beneficios del uso de anticonceptivos de sólo progestina son mayores que los riesgos (UKMEC 2).	<b>2++ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Las mujeres con enfermedad tromboembólica venosa actual o tromboembolismo venoso anterior deben ser advertidas contra el uso de la anticoncepción hormonal combinada, ya que representa un riesgo inaceptable para la salud.	<b>2++ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Para las mujeres con enfermedad tromboembólica venosa actual con anticoagulantes o tromboembolismo venoso previo al uso de anticonceptivos de sólo progestina es seguro.	<b>C RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Los anticonceptivos orales modernos ofrecen anticoncepción altamente eficaz y una serie de beneficios no anticonceptivos.	<b>I CTFPHC</b> <i>Reid R, 2010</i>

#### 4.1.2. Historia clínica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO	
	Los Criterios Médicos de Elegibilidad del Reino Unido para el Uso de Anticonceptivos proporcionan recomendaciones basadas en el consenso para el uso de anticonceptivos. Debe tomarse siempre una historia clínica para identificar condiciones médicas	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

	que puedan influir en la elección de los anticonceptivos.	
	Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, se debe realizar una historia clínica completa que incluya: condiciones médicas (pasadas y presentes), medicamentos utilizados (prescritos, no prescritos y remedios caseros) así como la historia familiar; lo anterior acompañado del examen físico. Además debe valorarse el riesgo reproductivo y tomar en cuenta la condición de la persona de acuerdo a un criterio médico de elegibilidad.	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Debe tomarse una historia médica completa (incluyendo historia familiar, menstrual, anticonceptiva y sexual relevante) como parte de la valoración de rutina para la elegibilidad médica para los métodos anticonceptivos individuales.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Cuando se considere la prescripción inicial de anticonceptivos orales combinados, los clínicos deben investigar específicamente acerca de la migraña y los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, obesidad, hipertensión, trombofilia, tromboembolismo venoso previo e hiperlipidemia).	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Se deben anotar las preferencias individuales y las dudas acerca de los anticonceptivos orales.	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los prestadores de servicios deben descartar un posible embarazo realizando historia clínica acompañada de una prueba inmunológica de embarazo en sangre y/o ultrasonido endovaginal, antes de iniciar cualquier método anticonceptivo.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Se deben incorporar preguntas sobre sexualidad dentro de la valoración general.	<b>C Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>
	Las pruebas para infecciones de transmisión sexual y la orientación preventiva no deben estar restringidas solamente para pacientes jóvenes o para individuos de alto riesgo.	<b>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>

	Dentro de la atención y cuidados anticonceptivos se deben integrar la promoción a la salud, la consejería en anticoncepción de emergencia, prevención de infecciones de transmisión sexual, violencia sexual y cáncer cervical.	<b>C</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004 SOGC</i>
	Se recomienda medir de la presión arterial sanguínea y anotarla en el expediente clínico, en todas las mujeres antes de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Se debe documentar el índice de masa corporal IMC en todas las mujeres antes de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Se debe realizar historia clínica completa a las mujeres que usan anticonceptivos hormonales y que se presenten con sangrado intermenstrual, para identificar la posibilidad de una causa subyacente.	<b>C</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	Una historia familiar de TEV puede alertar a los médicos de que las mujeres, por sí mismas, pueden tener un mayor riesgo de TEV.	<b>2+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Sin embargo, los antecedentes familiares por sí solos no pueden identificar con certeza una trombofilia subyacente. Para mujeres con una historia familiar de TEV en un pariente de primer grado menor de 45 años, los riesgos de usar un anticonceptivo hormonal combinado pueden ser mayores que los beneficios (UKMEC 3).	<b>2++</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	No se recomienda el uso de anticoncepción hormonal combinada por mujeres con una historia familiar de TEV en un pariente de primer grado menor de 45 años de edad.	<b>C</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	La mayoría de los episodios de TEV ocurren en mujeres que no tienen una mutación trombogénica. El cribado poblacional de rutina para trombofilia no está recomendado.	<b>1+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Una reciente revisión sistemática de la literatura concluye que, debido a que el riesgo absoluto de cada trombofilia no puede determinarse, a que los familiares de primer grado asintomáticos pueden no	<b>2++</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>

	ser identificables, y a que la asociación genética de la trombofilia en el desarrollo de TEV no está claramente establecida, el tamizaje no ofrece ningún beneficio clínico.	
	No se recomienda el tamizaje de rutina para trombofilia antes del uso de anticonceptivos hormonales.	<b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Las usuarias de anticonceptivos hormonales que presentan sangrado intermenstrual y que están en riesgo de infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, aquellas de menos de 25 años de edad, o quienes tienen una nueva pareja sexual, o más de una pareja en el último año) deben ser analizadas para <i>C. trachomatis</i> , como mínimo. Las pruebas de <i>N. gonorrhoeae</i> dependerán del riesgo sexual y la prevalencia local.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	En caso de que la historia clínica identifique la posibilidad de que el método anticonceptivo sea usado incorrectamente, de que existan interacciones medicamentosas o enfermedades que puedan conducir a la mala absorción de hormonas orales, deberá realizarse una prueba de embarazo en aquellas pacientes que utilicen anticonceptivos orales y presenten un sangrado intermenstrual.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>

## 4.2. Anticonceptivos temporales hormonales orales combinados

### 4.2.1. Indicaciones

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Una gama de anticonceptivos hormonales debe estar disponible para asegurar que la paciente recibe la orientación más adecuada de acuerdo con sus necesidades.	<b>C</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004</i>
	El uso de anticonceptivos orales combinados aumenta en mujeres entre los 20 y 24 años de edad siendo pocas las mujeres mayores de 40 años que utilizan los anticonceptivos orales combinados. A partir de los 50 años de edad se debe utilizar un anticonceptivo sin estrógenos.	<b>2</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los anticonceptivos orales combinados pueden ser utilizados desde la menarca hasta los 50 años de edad si no existe ningún otro factor de riesgo.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	A las mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados se les debe informar que el uso de antibióticos no afecta su eficacia (excepto la griseofulvina y la rifampicina).	<b>B</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004</i>
	Se recomienda la administración de anticonceptivos orales combinados a partir del primer día de la menstruación, pero puede iniciarse dentro de los primeros 5 días (incluido el día 5) del ciclo sin necesidad de utilizar protección anticonceptiva adicional.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo si existe la certeza de que la mujer no está embarazada, pero deberá usarse protección anticonceptiva adicional, como los condones, durante los primeros 7 días, luego de iniciado el tratamiento.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

	La primera prescripción de anticonceptivos orales combinados más adecuada son los monofásicos que contienen 30 µg de etinilestradiol con 150 µg de levonorgestrel.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Se debe realizar una consulta de seguimiento tres meses después de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados para permitir una valoración de la presión sanguínea, brindar información adicional y valorar cualquier problema.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	En ausencia de complicaciones, a las mujeres se les puede citar para seguimiento en 12 meses, y motivarlas a regresar a consulta en cualquier momento si aparece algún problema.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

#### 4.2.2 *Contraindicaciones, factores de riesgo y efectos secundarios*

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO	
	Antes de comenzar la anticoncepción hormonal, las mujeres deben ser informadas sobre los patrones de sangrado esperados, tanto inicialmente como a largo plazo.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	En general, en las mujeres que acuden con sangrado intermenstrual y que están utilizando anticonceptivos hormonales, no es necesario efectuar revisión médica si después de hacer una historia clínica no se detectan factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual ni presenta síntomas sugestivos con corrientes de las causas subyacentes.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	Ofrecer examen con espejo vaginal a las mujeres que han utilizado los anticonceptivos de manera correcta y consistente y que presenten sangrado intermenstrual, en el caso de que presenten sangrado persistente o cambios en el sangrado después de 3 meses de uso, fracaso del tratamiento médico, y si no se han realizado su tamizaje cervical.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>

	Además de realizar el examen con espéculo, deberá realizarse un examen bimanual en aquellas mujeres que usan anticonceptivos hormonales y se presentan con sangrado intermenstrual y tienen otros síntomas (como dolor,dispareunia o sangrado abundante).	<b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	Los profesionales de la salud deben conocer que el dolor menstrual y la pérdida sanguínea menstrual exagerada (hipermenorrea) pueden reducirse con el uso de los anticonceptivos orales combinados.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los profesionales de la salud deben saber que puede ocurrir sangrado intermenstrual con el uso de los anticonceptivos orales combinados, sin embargo, cuando existe evidencia de no haber tomado algunas píldoras, o vómitos dentro de dos horas posteriores a la ingesta, o diarrea severa, o interacciones medicamentosas, dicho sangrado ya no será por su uso, sino ocasionado por su interrupción.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los prestadores de servicios de la salud deben informar a las usuarias que los anticonceptivos orales combinados no condicionan aumento de peso.	<b>A</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	El tromboembolismo venoso, aunque raro, continúa siendo una de las consecuencias graves y adversas de la anticoncepción hormonal. La evidencia indica que las tasas de TEV en pacientes no usuarias en edad reproductiva es de aproximadamente 4-5/10,000 mujeres por año; y en las usuarias de anticonceptivos orales las tasas se encuentran en el rango de 9-10/10,000 mujeres por año. En comparación, las tasas de TEV en el embarazo son de 29/10000, en general, y pueden alcanzar tasas de 300-400/10000 en el período inmediatamente posterior al parto.	<b>II-1</b> <b>CTFPHC</b> <i>Reid R, 2010</i>

	<p>Antes del 'susto de la píldora' en 1995, el riesgo de TEV entre las usuarias de cualquier marca de anticonceptivos orales combinados con menos de 50 µg de etinilestradiol se consideraba el mismo. Actualmente, la Comisión de Seguridad de Medicamentos informó que los anticonceptivos orales combinados que contienen desogestrelgestodeno (píldoras de tercera generación) tenían un aumento del doble en el riesgo de TEV, en comparación con aquellos que contienen noretisterona y levonorgestrel (píldoras de segunda generación).</p>	<p><b>2+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
	<p>Un estudio reciente de vigilancia a escala europea (EURAS) encontró un aumento del doble en el riesgo relativo de TEV con el uso de anticonceptivos orales combinados, en comparación con la no utilización. No se identificó diferencia en el riesgo entre cualquier marca de anticonceptivo oral combinado, independientemente de la progestina (incluyendo los que contienen drospirenona).</p>	<p><b>2++</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
	<p>Aunque hubo algunas limitaciones en el diseño del estudio EURAS, en general, los datos son buenos de más de 58,000 mujeres con 142,000 mujeres-año de exposición a anticonceptivos combinados orales y la baja tasa de pérdida del seguimiento (2.4%). El riesgo absoluto de TEV asociado con el uso de anticonceptivos orales combinados en el estudio EURAS era diez veces más alta que las citadas en los datos CSM anteriores, pero esto refleja el aumento en el riesgo de fondo. Un amplio estudio de casos y controles ha sugerido que para las mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados con desogestrelgesto de no reducir la dosis a 20 µg de etinilestradiol redujo el riesgo de TEV en un 18%.</p>	<p><b>2+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
	<p>La investigación demuestra que los anticonceptivos orales con ≤ 35 µg de etinilestradiol llevan aun menor riesgo de TEV que los anticonceptivos orales con 50 µg. Aunque los datos preliminares sugieren una posible nueva reducción de TEV con los anticonceptivos orales con &lt;35 µg de etinilestradiol, actualmente son insuficientes datos sólidos para apoyar esta conclusión.</p>	<p><b>II-2</b> <b>CTFPHC</b> <i>Reid R, 2010</i></p>
	<p>Recientes evidencias contradictorias y la cobertura mediática que siguió al riesgo de TEV atribuido al componente progestágeno de ciertos productos anticonceptivos orales han dado lugar al miedo y la confusión acerca de la seguridad de los</p>	<p><b>II-3</b> <b>CTFPHC</b> <i>Reid R, 2010</i></p>

	anticonceptivos orales en los anticonceptivos hormonales, que contienen drospirenona. En particular, 'el susto de la píldora' ocasionó el pánico que condujo a suspender la ingesta de la píldora y, en consecuencia, el aumento de las tasas de embarazos no deseados, y la disminución de las tasas de TEV.	
<b>E</b>	Dos estudios de investigación de alta calidad que abordan el riesgo de TEV asociado con varios anticonceptivos orales han encontrado tasas comparables con los anticonceptivos orales que contienen drospirenona y otros productos aprobados.	<b>II-1</b> <b>CTFPHC</b> <i>Reid R, 2010</i>
<b>E</b>	El infarto al miocardio (IM), el TEV y el derrame cerebral son raros en mujeres en edad reproductiva; sin embargo, el tabaquismo es un factor de riesgo independiente. Los anticonceptivos orales combinados pueden ser utilizados con reservas por mujeres fumadoras menores de 35 años.	<b>2</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	Los anticonceptivos orales combinados no deben ser utilizados por mujeres fumadoras de 35 años o más y se recomienda el uso de DIU de cobre medicado.	<b>4</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	Se puede considerar el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres de 35 o más años quienes hayan dejado de fumar por un año o más.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	El riesgo en el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres con un índice de masa corporal de entre 35-39 kg/m <sup>2</sup> , generalmente, sobrepasa los beneficios.	<b>3</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	El uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres con un índice de masa corporal $\geq 35$ se encuentra asociado con un aumento en el riesgo de infarto al miocardio y TEV y, generalmente, no se recomienda.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	Las mujeres con hipertensión arterial presentan riesgo elevado de infarto al miocardio y derrame cerebral (hemorrágico e isquémico). El uso de anticonceptivos orales combinados tiene un efecto insignificante sobre la presión sanguínea. Cuando la presión sanguínea se mantiene $>140-159$ mmHg (sistólica) o $>90-94$ mmHg (diastólica) el riesgo	<b>3</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

	asociado con los anticonceptivos orales combinados pesa más que los beneficios.	
<b>E</b>	El uso de anticonceptivos orales combinados representa un riesgo inaceptable a la salud si la presión sanguínea sistólica es $\geq 160$ mmHg y/o la diastólica $\geq 95$ mmHg.	<b>4</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	Generalmente no se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados cuando la presión sanguínea sistólica es consistentemente $\geq 140$ mmHg y/o la diastólica es $> 90$ mmHg.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	Existe evidencia de sinergismo entre causas genéticas subyacentes de trombosis venosa (tales como la mutación del factor V de Leiden, mutaciones genéticas de la protrombina, deficiencia de proteínas C y S, deficiencia de antitrombina III y síndrome antifosfolípido) y los factores de riesgo adquiridos (tales como el embarazo, el puerperio, el uso de anticonceptivos hormonales, la cirugía, el trauma, la inmovilización y las enfermedades malignas).	<b>4</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	El tromboembolismo venoso es poco común en mujeres en edad reproductiva. Todos los anticonceptivos orales combinados aumentan el riesgo de TEV. La evidencia sugiere que los anticonceptivos orales combinados que contienen gestodeno o desogestrel están asociados con casi el doble de incremento en el riesgo de TEV comparados con los anticonceptivos orales combinados que contienen noretisterona o levonorgestrel.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	No se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres con historia personal de TEV o en quienes se conozca tienen mutaciones trombogénicas.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	Los clínicos deben estar alerta acerca de que el riesgo relativo de tromboembolismo venoso causado por el uso de anticonceptivos orales combinados puede quintuplicarse, pero en términos absolutos el riesgo aún es muy bajo.	<b>4</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

<b>R</b>	En mujeres con historia familiar de tromboembolismo venoso, una evaluación negativa de trombofilia no necesariamente excluye todas las mutaciones trombogénicas.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	Las mujeres con niveles reducidos de anticoagulantes naturales (antitrombina III, proteína C o S) o del factor V Leiden que utilizan anticonceptivos orales combinados tienen hasta un incremento de cinco veces en el riesgo, de TEV, en comparación con las no usuarias sin esta deficiencia.	<b>1+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>E</b>	Las mujeres con factor V Leiden pueden tener un aumento de hasta 35 veces en el riesgo de TEV con el uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>2+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>E</b>	No todas las mujeres con una mutación trombogénica desarrollarán TEV y la mayoría de los casos suelen ocurrir en mujeres que no tienen el defecto. Sin embargo, si una mujer tiene una mutación trombogénica identificada, los riesgos de TEV son lo suficientemente altos para aconsejar que el uso de métodos hormonales combinados plantea un riesgo inaceptable para la salud (UKMEC 4).	<b>2++</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>R</b>	Para las mujeres con una mutación trombogénica conocida, el uso de la anticoncepción hormonal combinada supone un riesgo inaceptable para la salud.	<b>C</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>E</b>	Los criterios de elegibilidad médica del Reino Unido (UKMEC) recomiendan que todas las mujeres que sufren migraña con aura no deban usar anticonceptivos orales combinados ya que representa un riesgo inaceptable a la salud.	<b>4</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	No se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres de cualquier edad quienes tienen migraña con aura.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	Generalmente no se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados en mujeres $\geq 35$ años de edad, quienes presenten migraña sin aura.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

<b>E</b>	No existe aumento de riesgo significativo de derrame hemorrágico cerebral con el uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>4</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	Los clínicos deben estar alerta de la existencia de un pequeño aumento en el riesgo absoluto de derrame isquémico con el uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	El riesgo elevado de cáncer de mama asociado al uso de anticonceptivos orales combinados aumenta rápidamente luego de su inicio, pero no aumenta con la duración del uso, y desaparece luego de 10 años de haber cesado el uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>1</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	Los clínicos deben estar alerta de que cualquier aumento en el riesgo de cáncer de mama con el uso de anticonceptivos orales combinados es pequeño y se encuentra supeditado al riesgo de base, y está limitado a no continuar aumentando el riesgo 10 años luego de haber concluido el uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>E</b>	El análisis de los resultados de 8 estudios de casos y controles sugiere que el uso a largo plazo de anticonceptivos orales combinados aumenta el riesgo de cáncer cervical más de 4 veces en mujeres portadoras del virus de papiloma humano (VPH).	<b>2</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
<b>R</b>	<p>Los clínicos deberán estar alerta acerca de la existencia de un pequeño incremento en el riesgo de cáncer cervical con el uso de anticonceptivos orales combinados, el cual crece conforme aumenta la duración de uso.</p> <p>Los criterios médicos de elegibilidad de la OMS recomiendan: con categoría 2: anticonceptivos orales combinados, parche, inyectables bimensuales y trimestrales; con categoría 4: el DIU de cobre y medicado; y con categoría 1: el implante.</p> <p>En el cáncer endometrial, con categoría 1: orales combinados, parche, anillo vaginal, implante e inyectables mensuales, bimensuales y trimestrales; con categoría 4: el DIU medicado y de cobre.</p>	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

	Motivar a las mujeres para que se practiquen la citología cervical de rutina e indicarles que no necesitan de otro tipo de estudio mientras utilizan los anticonceptivos orales combinados.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los clínicos deben considerar la posibilidad de interacciones medicamentosas cuando prescriban anticonceptivos orales combinados.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los medicamentos inductores de enzimas hepáticas (anticonvulsivantes) pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales combinados; sin embargo, si van a ser utilizados por largo tiempo se debe considerar que serán afectados por éstos.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Si después de la consejería, las mujeres que utilizan drogas inductoras de enzimas hepáticas (anticonvulsivantes) aún desean utilizar anticonceptivos orales combinados, entonces deberá utilizarse un régimen de al menos 50 µg de etinilestradiol. Además, se recomienda el uso de métodos de barrera mientras se toman los inductores de enzimas hepáticas hasta por 28 días luego de interrumpir su ingesta.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Una mujer que se encuentra tomando antibióticos inductores de enzimas hepáticas ( $\geq 3$ semanas) no requiere protección anticonceptiva adicional cuando inicia los anticonceptivos orales combinados.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	A las mujeres usuarias de anticonceptivos orales combinados a quienes se les prescriben antibióticos inductores de enzimas hepáticas por corto tiempo ( $< 3$ semanas) deberán ser informadas acerca del uso de protección anticonceptiva adicional mientras toman los antibióticos y hasta por 7 días posteriores al término de la ingesta del antibiótico.	<b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los prestadores de servicios de la salud deben conocer que la incidencia de quistes ováricos funcionales y de tumores ováricos benignos se reduce con el uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los profesionales de la salud deben conocer que existe al menos 50% en la reducción de cáncer ovárico y endometrial con el uso de anticonceptivos orales combinados, el cual continúa por 15 o más	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

	años luego de dejar de tomarlos.	
	Los prestadores de servicios de la salud deben saber que el uso de anticonceptivos orales combinados se encuentra asociado con una reducción en el riesgo de cáncer colorrectal.	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Los profesionales de la salud deben saber que los anticonceptivos orales combinados pueden reducir el acné vulgar.	<b>A</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	Actualmente existe un anticonceptivo oral combinado que contiene el antiandrógeno acetato de ciproterona y etinilestradiol en lugar de un progestágeno. Este anticonceptivo no tiene licencia para ser utilizado exclusivamente como un método anticonceptivo, pero puede proporcionar anticoncepción para las mujeres que lo utilizan para la indicación autorizada (tratamiento de segunda línea para el acné severo o para el hirsutismo moderado a grave). Existe alguna evidencia de que el uso de este anticonceptivo se asocia con un aumento de cuatro veces en el riesgo de TEV (OR 3.9, IC 95% 1.1 a 3.4). Hasta la fecha, no se han realizado ensayos aleatorios, por lo que la confusión y los prejuicios no pueden ser excluidos. Algunos de los riesgos adicionales pueden ser debidos a los riesgos cardiovasculares inherentes de las mujeres seleccionadas para el acetato de ciproterona prescrito (por ejemplo, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico).	<b>2-RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>

### 4.2.3 Información basada en evidencias para las mujeres

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Al momento de la primera prescripción de anticonceptivos orales combinados a todas las mujeres se les debe informar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso de anticonceptivos orales combinados es seguro para la mayoría, pero se deben informar los efectos secundarios</li> <li>• Existe un ligero incremento en el riesgo de presentar coágulos sanguíneos con el uso de anticonceptivos orales combinados.</li> <li>• Hay un aumento muy pequeño en el riesgo de</li> </ul>	<b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>

	<p>ataque al corazón y derrame cerebral con el uso de anticonceptivos orales combinados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier riesgo aumentado de cáncer de mama parece ser mínimo y nulo 10 años después del uso de los anticonceptivos orales combinados.</li> <li>• Puede existir un pequeño incremento en el riesgo de cáncer cervical, el cual aumenta con la duración del uso.</li> <li>• El riesgo de cáncer de ovario y endometrial se reduce a la mitad con el uso de anticonceptivos orales combinados y esta reducción continúa por al menos 15 años luego de interrumpir su uso</li> </ul>	
	Las mujeres pueden iniciar los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento del ciclo menstrual si tienen la certeza de no estar embarazadas, pero se requiere de protección anticonceptiva adicional durante los primeros 7 días.	<p><b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i></p>
	A las mujeres se les debe motivar para que tomen una píldora diariamente, aproximadamente a la misma hora, durante 21 días consecutivos.	<p><b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i></p>
	A las mujeres se les debe informar que si todas las píldoras se toman consistente y correctamente, la anticoncepción oral combinada tiene el 99% de efectividad en la prevención del embarazo, incluso durante los siete días de rutina libres de hormonas.	<p><b>B</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i></p>
	No se debe alentar el no tomar las píldoras, pero las mujeres pueden estar tranquilas de que si una píldora en el paquete se ha olvidado en cualquier momento, entonces la protección anticonceptiva no se ha perdido. Si más píldoras son olvidadas y ellas no saben qué hacer deben asistir a consulta para consejería.	<p><b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i></p>
	A las usuarias se les debe de informar que si ocurre el vómito dentro de dos horas posteriores a tomar los anticonceptivos orales combinados, deberán tomar otra píldora tan pronto como sea posible.	<p><b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i></p>
	A las usuarias se les informará acerca de que si ellas están tomando antibióticos (no inductores de enzimas hepáticas) entonces deberán utilizar protección anticonceptiva adicional con condones durante el tratamiento y durante 7 días más luego de haberlo suspendido.	<p><b>C</b> <b>CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i></p>

	Debe motivarse a las usuarias a continuar con los anticonceptivos orales combinados de primera elección durante al menos 3 meses, antes de considerar otra alternativa.	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	A las mujeres se les debe informar sobre los síntomas que las deben hacer buscar consulta médica oportuna, tales como signos de alarma de tromboembolismo venoso y cefalea de reciente aparición.	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	A las mujeres se les debe asesorar acerca de la práctica de sexo seguro con el uso de condones adicionales al uso de anticonceptivos orales combinados.	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	A las mujeres se les debe informar verbalmente y por escrito acerca de las medidas a seguir en cuanto a las píldoras olvidadas, el vómito dentro de las dos horas posteriores a la ingesta, diarrea severa, uso de nueva medicación y cuándo acudir a consulta por ayuda.	<b>Punto de Buena Práctica CEU FFPRHC</b> <i>Brechin S, 2007</i>
	En general, no se recomienda que una píldora anticonceptiva oral combinada se cambie dentro de los primeros 3 meses de uso ya que los trastornos del sangrado a menudo se establecen en este momento.	<b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	A usuarias de AOC ha de prescribíseles la dosis más baja de etinilestradiol (EE) para un buen control del ciclo. Sin embargo, la dosis de EE puede ser aumentada hasta un máximo de 35 µg para proporcionar un buen control del ciclo.	<b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>

### 4.3. Parche transdérmico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p><b>E</b></p> <p>Los datos a largo plazo sobre el riesgo de TEV con el parche transdérmico combinado de etinilestradiol y norelgestromina son limitados. EURAS informó que la incidencia de TEV en usuarias del parche puede ser de 7.4/10,000 mujer-años (74/100,000 mujer-años). Los intervalos de confianza fueron amplios ya que el estudio sólo incluyó a 371 usuarias del parche. El resumen de las características del producto sugiere que el riesgo de TEV con el uso de parches aumenta ligeramente en comparación con la de un anticonceptivo de levonorgestrel (OR 1.4, IC 95%: 0.9 a 2.3), pero esto no es estadísticamente significativo.</p>	<p><b>2++ RCOG</b></p> <p><i>Brechin S, 2010</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>En un ensayo clínico (<math>n=3.330</math> con 1.704 mujer-años de exposición), se produjo un caso de embolia pulmonar no fatal durante el uso del parche anticonceptivo y se reportó un caso de embolia pulmonar no fatal postoperatorio después del uso del parche anticonceptivo. El seguimiento en este estudio fue corto y se observaron pocos eventos de TEV y, por lo tanto, tenía un poder limitado para detectar diferencias en el riesgo de TEV entre los grupos. Otro estudio sugiere que no hay un aumento del riesgo de TEV ocasionado por el uso de parches en comparación con las usuarias de anticonceptivos orales combinados. El estudio identificó 68 casos de TEV idiopático entre 334 usuarias del parche (tasa de incidencia de 52.8/100,000 mujer-años, IC 95%:35.8-74.9) similares a usuarias de norgestimate (41.8/100,000 mujer-años, IC 95%:29.4-57.6).</p>	<p><b>2+ RCOG</b></p> <p><i>Brechin S, 2010</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>En un segundo estudio, se observó un aumento del riesgo de TEV en usuarias de parches en comparación con los usuarios actuales de anticonceptivos orales combinados (OR 2.4, IC 95%:1.1 a 5.5).</p>	<p><b>2- RCOG</b></p> <p><i>Brechin S, 2010</i></p>

## 4.4. Anillo intravaginal

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El anillo vaginal hormonal combinado (2,7 mg de etinilestradiol y 11.7m de getonorgestrel) proporciona una concentración sérica de etinilestradiol de aproximadamente 15 µg/día. La incidencia de eventos adversos graves con el uso del anillo vaginal es muy baja en todos los estudios. Aunque se han reportado casos de tromboembolia pulmonar (TEP) en las usuarias del anillo vaginal, existen insuficientes datos epidemiológicos disponibles para determinar el riesgo relativo de TEV asociado con el uso del anillo, en comparación con otros métodos combinados. En un estudio comparativo de las variables hemostáticas con el anillo vaginal o con los anticonceptivos orales combinados, la actividad de la antitrombina, proteína C y el factor VII fue mayor en las usuarias del anillo vaginal. La importancia clínica de estos cambios de coagulación es desconocida.</p>	<p><b>2- RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>

## 4.5 Anticonceptivos inyectables de sólo progestina

### 4.5.1 Toma de decisiones

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los métodos con progestina sola deben ser considerados como opción anticonceptiva para mujeres en el postparto, sin tomar en cuenta si están amamantando o no, y deben brindarse inmediatamente después del parto.</p>	<p><b>B</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004</i></p>
	<p>Tanto el acetato de medroxiprogesterona como enantato de noretisterona previenen el embarazo inhibiendo la ovulación y engrosando el moco cervical, presentando así una barrera para la penetración de los espermatozoides. Además, los cambios en el endometrio lo convierten en un medio desfavorable para la implantación.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>

	Los anticonceptivos inyectables de sólo progestina actúan primariamente previniendo la ovulación.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El índice de embarazo asociado con los anticonceptivos inyectables, cuando son aplicados en los intervalos recomendados, es muy bajo (menos de 4 en 1,000 durante dos años) y el índice de embarazo con acetato de medroxiprogesterona es menor que el del enantato de noretisterona.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Puede haber un retraso de más de un año en el retorno a la fertilidad luego de finalizar el uso de anticonceptivos inyectables	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Se recomienda repetir la dosis de acetato de medroxiprogesterona cada 12 semanas, y de enantato de noretisterona cada 8 semanas.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	A las mujeres que utilizan acetado de medroxiprogesterona, se les debe recomendar el cambio en el estilo de vida, porque el tabaquismo, sedentarismo y la ingesta reducida de calcio, pueden afectar su masa ósea.	<b>A</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004</i>
	Si una mujer deja de usar anticonceptivos inyectables, pero no desea embarazarse, debe comenzar a usar un método anticonceptivo diferente inmediatamente, aun si la amenorrea persiste.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>D</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los anticonceptivos inyectables deben ser aplicados vía intramuscular profunda en el músculo glúteo o deltoides, o en la parte lateral del muslo.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>D</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	<p>Iniciar la aplicación de anticonceptivos inyectables cuando se tiene la certeza de que la mujer no está embarazada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda que la aplicación se realice el primer día del ciclo menstrual; si se realiza entre el tercero y el quinto día, existe la necesidad de utilizar un anticonceptivo local</li> <li>• Inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestres</li> <li>• En cualquier momento del postparto</li> </ul>	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>D</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

## 4.5.2 Efectos sobre los periodos menstruales, riesgos y posibles efectos colaterales

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un estudio que evaluó el efecto de la consejería en la adherencia de las usuarias de acetato de medroxiprogesterona, la amenorrea fue el efecto secundario que mayor se reportó, ocurriendo en 34% a 35% de las mujeres.	<b>3</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	La amenorrea es frecuente durante el uso de anticonceptivos inyectables y es más frecuente con el uso de acetato de medroxiprogesterona que con el enantato de noretisterona, es más probable que suceda entre más tiempo se utilice y no es dañina.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El uso de acetato de medroxiprogesterona puede estar asociado con un aumento de peso de 2 a 3 kg en un año.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El uso de acetato de medroxiprogesterona no se encuentra asociado con acné, depresión o cefalea.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El uso de acetato de medroxiprogesterona se encuentra asociado con pérdida mínima de la densidad mineral ósea, la cual se recupera cuando se discontinúa.	<b>B</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	No existe evidencia de que el uso de acetato de medroxiprogesterona aumente el riesgo de fracturas.	<b>B</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Las mujeres que desean continuar el uso de medroxiprogesterona por más de 2 años deben examinar su situación clínica individual, discutir el equilibrio entre los beneficios y los riesgos potenciales y deben ser apoyadas en su elección de continuar o no con el método.	<b>Punto de Buena Práctica</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

### 4.5.3 Temas a considerar antes de prescribir anticonceptivos inyectables

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Debido al posible efecto sobre la densidad mineral ósea, se debe tener cuidado al prescribir acetato de medroxiprogesterona en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescentes, pero deberá prescribirse algún otro método</li> <li>• Mujeres mayores de 40 años, pero generalmente los beneficios superan al riesgo</li> </ul>	<p><b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>
 <p>Los prestadores de servicio deben saber que las mujeres con índice de masa corporal mayor de 30 pueden utilizar, con toda seguridad, el acetato de medroxiprogesterona y el enantato de noretisterona.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>
 <p>Los prestadores de servicio deben saber que las mujeres en periodo de lactancia pueden considerar el uso de anticonceptivos inyectables.</p>	<p><b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>
 <p>Los prestadores de servicio deben conocer que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los métodos de sólo progestina, incluyendo los anticonceptivos inyectables, pueden ser utilizados por mujeres que tengan migraña sin aura, con reservas, y nunca en pacientes con migraña con aura</li> <li>• El acetato de medroxiprogesterona es seguro en mujeres en quienes el uso de estrógenos esté contraindicado</li> <li>• Los anticonceptivos inyectables no están contraindicados en mujeres con diabetes mellitus.</li> <li>• El uso de acetato de medroxiprogesterona puede estar asociado con la reducción en la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia</li> <li>• No existe evidencia de que el uso de acetato de medroxiprogesterona aumente el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o VIH</li> <li>• El acetato de medroxiprogesterona es un método de anticoncepción efectivo para mujeres con infecciones de transmisión sexual ITS, incluyendo VIH/SIDA (deberá sensibilizarse a este grupo en el uso de condones para un sexo seguro)</li> </ul>	<p><b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>

## 4.6 Implantes subdérmicos de sólo progesterina

### 4.6.1 Eficacia anticonceptiva

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El implante subdérmico actúa previniendo la ovulación.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El índice de embarazo asociado con el uso del implante subdérmico es muy bajo (menos de 1 en 1,000 durante 3 años).	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	No existe evidencia de retraso en el retorno a la fertilidad luego de la remoción de los implantes anticonceptivos.	<b>2+ 2++</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

### 4.6.2 Efectos sobre los periodos menstruales

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Después de la inserción del implante, los cambios en los patrones de sangrado menstrual son comunes e incluyen la amenorrea o sangrado poco frecuente, frecuente o prolongado. Otros efectos adversos incluyen dificultades gastrointestinales, dolores de cabeza, acné, dolor de pecho, vaginitis y aumento de peso.	<b>I, II-3</b> <b>USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i>
	La mujer debe ser informada acerca de la probabilidad de que el ciclo menstrual cambie mientras se esté utilizando el implante. El 20% de las mujeres no presentarán sangrado, mientras que casi el 50% de las mujeres presentan sangrado no frecuente, frecuente o prolongado. El ciclo menstrual permanece irregular durante un tiempo.	<b>C</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

<b>R</b>	La dismenorrea puede reducirse mientras se utiliza el implante.	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
----------	---	--

### 4.6.3 Riesgos y posibles efectos colaterales

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<b>R</b> <p>Más del 43% de las mujeres dejan de usar el implante subdérmico dentro de los tres primeros años; 33% a causa de sangrado irregular, y 10% por otras razones.</p>	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
<b>R</b> <p>El uso del implante no se encuentra asociado con cambios en el peso, estado de ánimo, libido o cefalea.</p>	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
<b>R</b> <p>El uso del implante puede estar asociado con el acné.</p>	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
<b>E</b> <p>Las complicaciones relacionadas con la inserción del implante (1,0%) y la eliminación del mismo (1,7%) son poco comunes. Las complicaciones de la inserción incluyen dolor, sangrado leve, hematoma, difícil inserción, inserción no reconocida. La remoción puede complicarse por la rotura del implante y la incapacidad de palpar o localizar el implante debido a la inserción profunda.</p>	<b>II-3 USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i>
<b>E</b> <p>La fertilidad regresa rápidamente después de la remoción del implante.</p>	<b>I, II-3 USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i>

#### 4.6.4 Consideraciones importantes para antes de aplicar un implante

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los implantes tienen pocas contraindicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) han establecido criterios médicos de elegibilidad basados en la evidencia para el uso de anticonceptivos.	<b>III USPTF</b> ACOG 121, 2011
	Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos asignan una calificación de Categoría 1 a la utilización de los implantes anticonceptivos en mujeres y adolescentes nulíparas. Aunque existe evidencia limitada sobre el uso del implante en las adolescentes, la evidencia sugiere que los implantes son bien aceptados en esta población.	<b>II-3 USPTF</b> ACOG 121, 2011
	La inserción del implante es segura en cualquier momento después del parto en mujeres que no amamantan (Categoría 1). Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos clasifican la colocación de un implante en las mujeres lactantes de menos de 4 semanas después del parto en la Categoría 2 debido a preocupaciones teóricas sobre la producción de leche y el crecimiento y desarrollo infantil. Los implantes pueden ser ofrecidos a las mujeres que están amamantando, y hasta luego de 4 semanas después del parto debido a que los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos clasifican el retraso de inserción en la Categoría 1.	<b>III USPTF</b> ACOG 121, 2011
	El implante anticonceptivo se coloca bajo la dermis y se compone de un núcleo de copolímero de acetato de vinilo de etileno que contiene 68 mg de etonogestrel rodeados por una piel de acetato de vinilo copolímero de etileno. El copolímero de etileno acetato de vinilo permite una liberación controlada de etonogestrel en un período de 3 años. El etonogestrel es el metabolito activo del desogestrel.	<b>II-3 USPTF</b> ACOG 121, 2011
	No existe evidencia de que la efectividad y los efectos secundarios de los implantes estén asociados con la edad.	<b>C NICE</b> Wilkinson C, 2005, rev. 2013

	Las mujeres con más de 70 kg pueden usar el implante subdérmico como un método efectivo de anticoncepción.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los implantes anticonceptivos pueden ser utilizados de forma segura por las mujeres que están amamantando.	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El uso del implante no está contraindicado en mujeres con diabetes mellitus.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	No existe evidencia de que el uso del implante aumente el riesgo de infecciones de transmisión sexual o de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana.	<b>Punto de buena práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los implantes anticonceptivos son un método seguro y efectivo para mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA (se debe promover el sexo seguro utilizando condones en este grupo)	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Los implantes anticonceptivos son médicamente seguros para mujeres en quienes los estrógenos están contraindicados.	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	No existe evidencia de cambios en la densidad mineral ósea por el uso de implantes.	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	No se recomienda el uso del implante como un método anticonceptivo en mujeres que toman drogas inductoras de enzimas hepáticas.	<b>D NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	La inserción de un implante inmediatamente después de un aborto inducido o involuntario es segura y eficaz y tiene muchas de las mismas ventajas que la inserción inmediata postparto.	<b>II-2, III USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i>

### 4.6.5 Detalles prácticos al colocar los implantes

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>La inserción de un implante puede ocurrir en cualquier momento durante el ciclo menstrual, siempre y cuando el embarazo pueda excluirse razonablemente.</p>	<p><b>I</b> <b>USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i></p>
	<p>Los métodos de respaldo de anticonceptivos (por ejemplo, el uso del condón) deben usarse durante 7 días después de la inserción de los implantes anticonceptivos a menos que estos dispositivos hayan sido insertados dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, inmediatamente después del parto o después de un aborto, o inmediatamente después de pasar de otro anticonceptivo hormonal.</p>	<p><b>I</b> <b>USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i></p>
	<p>El período inmediato posterior al parto es un momento especialmente favorable para la inserción del implante. Las mujeres que han parido a menudo están altamente motivadas para usar anticonceptivos, se sabe bien que no están embarazadas, y el hospital ofrece comodidad tanto para la paciente como para el médico. Además, las mujeres están en riesgo de un embarazo no deseado en el período inmediato después del parto. En un estudio en el que se instruyó a las mujeres a abstenerse de tener relaciones sexuales hasta 6 semanas después del parto, el 45% de las participantes declaró haber practicado sexo sin protección antes de ese tiempo.</p>	<p><b>I</b> <b>USPTF</b> <i>ACOG 121, 2011</i></p>
	<p>Una vez que se esté seguro de que la mujer no está embarazada, el implante puede insertarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cualquier momento (pero si la mujer es amenorréica o si han pasado más de 5 días desde que comenzó el sangrado menstrual, se debe usar un anticonceptivo adicional de barrera durante los primeros 7 días luego de la inserción)</li> <li>• Inmediatamente luego de un aborto en cualquier trimestre</li> <li>• En cualquier momento después del parto sin lactancia</li> </ul>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b> <b>NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>

	Se debe informar a las mujeres de que tanto la inserción como la remoción del implante causa un poco de incomodidad y dolor.	<b>C NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
--	--	--

#### 4.6.6 Seguimiento y manejo de problemas

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	No se requiere hacer seguimiento de rutina luego de la inserción del implante. Sin embargo, es conveniente citar a revisión a las usuarias cada seis meses si refieren algún trastorno menstrual o algún problema en el sitio de implantación.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	El sangrado irregular asociado al implante puede ser tratado con ácido mefenámico o etinilestradiol.	<b>B NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	No existe evidencia de efectos teratogénicos ocasionados por el uso del implante. Si una mujer se embaraza y continúa con el embarazo, el implante debe ser retirado.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>
	Si no puede localizarse un implante subdérmico (debido a una posible inserción profunda) debe ser localizado mediante ultrasonido.	<b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i>

### 4.7 Consideraciones especiales de la anticoncepción hormonal

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Para las mujeres puérperas y que no amamantan, la anticoncepción hormonal combinada (píldora, parche o anillo vaginal) no debe iniciarse antes del día 21 después del parto.	<b>C RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>

<b>R</b>	Todos los anticonceptivos hormonales pueden iniciarse de forma segura inmediatamente después de la interrupción del embarazo en el primer o segundo trimestre.	<b>C</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>R</b>	Para las mujeres mayores de 35 años que son fumadoras actuales o que han dejado de fumar hace menos de 1 año, no se recomienda el uso de la anticoncepción hormonal combinada.	<b>C</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>R</b>	A todas las mujeres que fuman se les debe recomendar que dejen de hacerlo. A las mujeres mayores de 35 años se les debe advertir que no usen anticonceptivos hormonales combinados.	<b>A</b> <b>SOGC</b> <i>Black A, 2004</i>
<b>E</b>	Los beneficios del uso de anticonceptivos hormonales combinados superan los riesgos en aquellas mujeres que tienen alguna cirugía menor, donde no se espera inmovilización o en aquellas que tengan una cirugía mayor sin inmovilización prolongada. Para las mujeres que se someten a cirugía mayor electiva con inmovilización prolongada, el uso de la anticoncepción hormonal combinada supone un riesgo inaceptable para la salud.	<b>2++</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>R</b>	La anticoncepción hormonal combinada debe interrumpirse, y un método libre de estrógenos alternativo deberá ser utilizado por lo menos 4 semanas antes de la cirugía mayor electiva, donde se espera que exista inmovilización, pero no tiene por qué ser interrumpido antes de la cirugía menor sin inmovilización.	<b>B</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
<b>R</b>	Las mujeres usuarias de anticonceptivos orales combinados que vayan a tener una cirugía mayor o una cirugía seguida por periodos prolongados de inmovilidad, deben suspender su uso y recibir profilaxis antitrombótica perioperatoria.	<b>A</b> <b>Canadian Task Force on the Periodic Health Exam</b> <i>Black A, 2004</i>

<b>E</b>	<p>El riesgo de TEV es más alto en los 4 meses siguientes al inicio de la anticoncepción hormonal combinada. El riesgo se reduce y se mantiene estable a partir de entonces. Aunque el riesgo de TEV es alto en los primeros meses de uso de anticonceptivos orales combinados y luego cae, sigue siendo superior a la de las no usuarias hasta que se detenga el uso del anticonceptivo.</p>	<p><b>2+</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
<b>R</b>	<p>El riesgo relativo de TEV aumenta con todos los anticonceptivos hormonales combinados (píldora, parche y anillo vaginal). Sin embargo, la rareza de la enfermedad tromboembólica venosa en las mujeres en edad reproductiva significa que el riesgo absoluto sigue siendo menor.</p>	<p><b>B</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
<b>R</b>	<p>El riesgo relativo de TEV aumenta en los primeros meses tras el inicio de la anticoncepción hormonal combinada. Este riesgo se reduce con el aumento de la duración de su uso, pero se mantiene por encima del riesgo de fondo hasta que se detenga el uso del anticonceptivo hormonal combinado.</p>	<p><b>B</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
<b>R</b>	<p>Las pastillas, inyectables, implantes de sólo progestina y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel no parecen estar asociados con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso.</p>	<p><b>B</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>
<b>E</b>	<p>La obesidad es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular y el TEV. Estudios de casos y controles sugieren que las usuarias de anticonceptivos orales combinados que son obesas tienen más probabilidades de experimentar TEV que las usuarias que no lo son. Las usuarias de anticonceptivos orales combinados que son obesas tienen un riesgo 5 a 8 veces mayor de TEV en comparación con las no usuarias y hasta un incremento de diez veces en el riesgo en comparación con el de las no usuarias que no son obesas. El riesgo absoluto de TEV en las mujeres con mayor índice de masa corporal (IMC) es todavía bajo. La clasificación de la obesidad I, II y III del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) depende del índice de masa corporal. Para las mujeres con obesidad I (IMC 30.0 a 34.9 kg/m<sup>2</sup>), los beneficios del uso de la anticoncepción hormonal combinada generalmente son superiores a los riesgos (UKMEC 2). Para las mujeres con obesidad II (IMC 35.0 a 39.9 kg/m<sup>2</sup>) y la obesidad III (IMC 40 kg/m<sup>2</sup> o más) los riesgos de la</p>	<p><b>2++</b> <b>RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i></p>

	anticoncepción hormonal combinada pueden ser mayores que los beneficios (UKMEC 3). Sin embargo, su uso puede ser considerado con el juicio clínico de expertos y/o referencia si otros métodos no están disponibles o no son aceptados. Los métodos de sólo progestina pueden ser utilizados con seguridad independientemente del peso	
	Para las mujeres con un índice de masa corporal de 35kg/m <sup>2</sup> o más, los riesgos de la anticoncepción hormonal combinada pueden ser mayores que los beneficios.	<b>B RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Las mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal no presentan un aumento inherente del riesgo de TEV y se les deben ofrecer las mismas opciones anticonceptivas que a otras mujeres.	<b>2++ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	La drepanocitosis es una enfermedad hematológica crónica y hereditaria, que puede ser complicada por vasooclusión ocasionada por eritrocitos mal formados. Un estudio observacional comparando la anticoncepción hormonal (combinada y de sólo progestina) y la anticoncepción de barrera en las mujeres con enfermedad de células falciformes no mostró diferencias significativas en las variables hemostáticas.	<b>2+ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Un estudio de casos y controles mostró una reducción en las crisis de células falciformes dolorosas con el uso de inyectables de sólo progestina (acetato de medroxiprogesterona).	<b>2++ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Los beneficios del uso de cualquier tipo de anticoncepción hormonal en las mujeres con enfermedad de células falciformes son mayores que los riesgos. En las mujeres con enfermedad de células falciformes, existe un alto riesgo de hipertensión pulmonar y, en esta situación, no se recomienda la anticoncepción hormonal combinada.	<b>2+ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>
	Las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Sin embargo, muy pocas mujeres con LES van a desarrollar TEV. El uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres con LES, anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos, plantea un riesgo inaceptable para la salud (UKMEC 4). Una categoría UKMEC 3 se da por	<b>2++ RCOG</b> <i>Brechin S, 2010</i>

	<p>el uso de métodos de sólo progestina para las mujeres con LES y anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos, lo que sugiere que los riesgos pueden ser mayores que los beneficios. Sin embargo, los anticonceptivos de sólo progestina se pueden usar en esta situación con base en los riesgos individuales y de enlace entre los especialistas en anticoncepción y LES.</p>	
	<p>La hemorragia es común en los primeros meses de uso de los métodos de sólo progestina y puede instalarse sin necesidad de tratamiento. Si el tratamiento de la hemorragia puede alentar a las mujeres a continuar con el método este debe ser considerado.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i></p>
	<p>No hay evidencia de que el cambio del tipo y dosis de píldoras de sólo progestina mejorará el sangrado, pero esto puede ayudar a algunas personas.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i></p>
	<p>Para las mujeres que utilizan un anticonceptivo inyectable de sólo progestina y que se presentan con sangrado intermenstrual, se puede utilizar ácido mefenámico 500 mg dos veces al día (o hasta tres veces al día) durante 5 días, lo que puede reducir la duración de un episodio de sangrado, pero tiene poco efecto sobre el sangrado a largo plazo.</p>	<p><b>B RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i></p>

## 4.8 Criterios de referencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Las mujeres que cursen con tromboembolismo venoso y necesiten anticonceptivos hormonales mientras toman el tratamiento para el tromboembolismo deben ser referidas a ginecología y angiología.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica NICE</b> <i>Wilkinson C, 2005, rev. 2013</i></p>

	En general, una biopsia endometrial se debe considerar en mujeres de edad $\geq 45$ años (o en las mujeres de edad $< 45$ años) con factores de riesgo para el cáncer endometrial (por ejemplo, la obesidad o el síndrome de ovario poliquístico) que tienen sangrado intermenstrual persistente sangrado después de los primeros 3 meses de iniciar un método o que se presentan con un cambio en el patrón de sangrado.	<b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>
	El papel de los pólipos uterinos, fibromas o quistes ováricos como una causa de sangrado intermenstrual es limitado. Sin embargo, para todas las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales y presentan sangrado intermenstrual, si se sospecha una anomalía estructural de este tipo, puede estar indicado realizar una ecografía transvaginal y/o histeroscopia.	<b>Punto de Buena Práctica RCOG</b> <i>Brechin S, 2009</i>

## 4.9 Cáncer y anticoncepción

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Se ha descubierto que las sobrevivientes de cáncer tienen conocimientos limitados acerca de los anticonceptivos disponibles, en parte, debido a que muchas unidades de cáncer -incluyendo aquellas que atienden adolescentes-, no hablan habitualmente sobre anticoncepción con sus pacientes sexualmente activas.</p>	<p><b>III GRADE</b></p> <p><i>Patel A, 2012</i></p>
 <p>Los métodos anticonceptivos de acción prolongada como la esterilización, implantes y dispositivos intrauterinos se consideran los métodos más eficaces (nivel 1). Otros métodos anticonceptivos a corto plazo, que incluyen la combinación de estrógeno y progestágenos con diferentes sistemas de administración (nivel 2) y de barrera (nivel 3) y los métodos de comportamiento (nivel 4), pueden no ser óptimos para pacientes con cáncer, debido a la disminución de la eficacia y del cumplimiento o a la dependencia hormonal del tipo de cáncer, por lo que pueden estar contraindicados relativa o absolutamente para estos pacientes.</p>	<p><b>I GRADE</b></p> <p><i>Patel A, 2012</i></p>

<b>E</b>	<p>A las mujeres fértiles y en edad reproductiva que están bajo tratamiento contra cáncer, generalmente, se les recomienda evitar el embarazo debido a los posibles efectos teratogénicos de la quimioterapia o la radiación. Después del tratamiento, muchas mujeres pueden optar por evitar el embarazo. Y a las sobrevivientes de cáncer de mama se les aconseja evitar el embarazo durante 3 años después del tratamiento del cáncer, debido a que los cambios hormonales relacionados con el embarazo pueden aumentar el riesgo de recurrencia.</p>	<p><b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
<b>E</b>	<p>Al considerar si una mujer que ha sobrevivido al cáncer puede necesitar anticoncepción, los médicos deben ser conscientes de que los síntomas habituales de la fertilidad pueden no ser fiables en mujeres que se han sometido a tratamientos contra el cáncer. El embarazo ha sido reportado en sobrevivientes de cáncer a pesar de la amenorrea y de los niveles de hormona folículo estimulante sugestivos de menopausia.</p>	<p><b>III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
<b>E</b>	<p>La ausencia de menstruación no indica necesariamente falta de función ovárica.</p>	<p><b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
<b>E</b>	<p>El tipo de cáncer influye sobre las recomendaciones relativas a la anticoncepción. Esto es especialmente certero para el cáncer de mama u otros cánceres hormonodependientes. Para las mujeres con cáncer de mama, el estrógeno exógeno y los progestágenos no están recomendados debido a la precaución de que puedan aumentar el riesgo de recurrencia de cáncer. Los receptores de estrógeno y progestina afectan el crecimiento del tumor y el pronóstico, por lo que el bloqueo del receptor de estrógeno es un componente clave en el tratamiento del cáncer de mama.</p>	<p><b>IV GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
<b>E</b>	<p>El papel de las progestinas en el cáncer de mama en mujeres pre y posmenopáusicas sigue siendo poco estudiado.</p>	<p><b>IV GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
<b>E</b>	<p>Los estudios en animales han indicado que las progestinas inducen el crecimiento y la metástasis del cáncer de mama.</p>	<p><b>IV GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>

	<p>El uso de anticonceptivos sistémicos que contienen progestina, generalmente, no se recomienda para mujeres con un diagnóstico previo de cáncer de mama. Por otra parte, el acetato de medroxiprogesterona oral ha demostrado tener algún beneficio como agente quimioterapéutico, y en la población general, los anticonceptivos de sólo progestina no se han asociado con un mayor riesgo de cáncer de mama.</p>	<p><b>I, II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso Anticoncepción de los Estados Unidos (USMEC) publicados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, ofrecen orientación sobre la seguridad del uso de métodos anticonceptivos en mujeres con características y condiciones médicas específicas. Para las mujeres que actualmente tienen cáncer de mama, todos los métodos hormonales de anticoncepción tienen un USMEC Categoría 4 y están contraindicados. Para las mujeres con antecedentes de cáncer de mama que no han tenido recurrencia de la enfermedad durante 5 o más años, los métodos anticonceptivos hormonales tienen un USMEC Categoría 3, lo que indica que 'los riesgos teóricos o probados, generalmente, superan las ventajas'.</p>	<p><b>III USPSTF</b> <i>ACOG No. 126, 2012</i></p>
	<p>Casi dos tercios de los diagnósticos de cáncer de mama son hormono-receptores positivos (hormonodependientes). Las mujeres premenopáusicas con este tipo de cáncer se tratan típicamente con tamoxifeno durante 5 años, que es químicamente similar a la droga de fertilidad citrato de clomifeno, y puede inducir la ovulación. La anticoncepción hormonal de cualquier forma, no se recomienda en mujeres que toman tamoxifeno.</p>	<p><b>III USPSTF</b> <i>ACOG No. 126, 2012</i></p>
	<p>Las opciones anticonceptivas para las pacientes con cáncer de mama son los métodos de barrera, tales como los condones y los diafragmas, el dispositivo intrauterino de cobre y la esterilización.</p>	<p><b>B USPSTF</b> <i>ACOG No. 126, 2012</i></p>
	<p>Se necesitan estudios adicionales para evaluar la seguridad de los progestágenos en el cáncer de mama hormonodependiente, así como el efecto de las hormonas exógenas sobre cánceres hormonalmente mediados en mujeres premenopáusicas.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>Tanto el cáncer como los estrógenos son factores independientes de riesgo de TEV.</p>	<p><b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>

<b>E</b>	Las pacientes de cáncer con TEV tienen el doble riesgo de mortalidad que las personas que no experimentan TEV. De hecho, el tromboembolismo es una de las principales causas de muerte en pacientes con cáncer.	<b>II-2, III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
<b>E</b>	Los cánceres de pulmón, linfático, ginecológico y genitourinario presentan un mayor riesgo que el promedio de TEV, y los cánceres gástrico y de páncreas representan un riesgo particularmente elevado de TEV (es decir, las tasas son tres veces más alta que en el promedio de la población). En contraste, los cánceres de mama y colorrectal son, frecuentemente, menos complicados por TEV.	<b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
<b>E</b>	Debido al aumento del riesgo de tromboembolismo venoso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que las mujeres con cáncer activo o que han sido tratadas por cáncer en los últimos 6 meses se deben evitar los métodos anticonceptivos hormonales (Categoría 4).	<b>III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
<b>E</b>	Los anticonceptivos de sólo progestina aumentan el riesgo de TEV mucho menos que los productos que contienen estrógenos y el CDC postula que los beneficios superan a los riesgos percibidos (Categoría 2).	<b>II-2, III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
<b>E</b>	En general, los datos disponibles no demuestran que los anticonceptivos con sólo progestina aumenten el riesgo de TEV.	<b>II-1, II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
<b>R</b>	Los métodos anticonceptivos hormonales combinados (que contienen estrógeno y progestina) deben ser evitados por las mujeres con cáncer activo o que han sido tratadas por cáncer en los últimos 6 meses debido al aumento del riesgo de TEV.	<b>A GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
<b>E</b>	Para las mujeres afectadas por anemia, el uso de anticonceptivos hormonales por sus beneficios no anticonceptivos deberá ser garantizado. Las tasas de anemia son particularmente altas para las mujeres con cáncer de pulmón (77% de los cuales desarrollan anemia) y el cáncer ginecológico (81% de los cuales desarrollan anemia).	<b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>

	<p>Dado que las mujeres con anemia inducida por el cáncer han disminuido su capacidad funcional y su calidad de vida y tienen una supervivencia más corta, los esfuerzos para minimizar la pérdida de sangre menstrual con el uso de anticonceptivos que contienen progestina, particularmente el Sistema Intrauterino de levonorgestrel, pueden ser garantizados.</p>	<p><b>I, II-1 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>El implante puede causar un perfil de sangrado impredecible durante el curso de su uso.</p>	<p><b>I GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>La osteoporosis es una complicación común de la quimioterapia. Para los pacientes con historial de pérdida ósea, el uso de acetato de medroxiprogesterona se debe considerar con precaución, no obstante, se ha encontrado que los efectos del acetato de medroxiprogesterona en la densidad mineral de los huesos es reversible.</p>	<p><b>II-1, III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>Se ha demostrado que los implantes anticonceptivos afectan a la densidad mineral ósea radial y cubital.</p>	<p><b>II-2, II-3 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>Por el contrario, los anticonceptivos que contienen estrógeno pueden ser ventajosos para las mujeres que tienen osteopenia, pero los resultados del estudio son contradictorios.</p>	<p><b>II-2, III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>Algunos médicos pueden considerar el uso de anticonceptivos hormonales combinados modernos que contienen dosis bajas de estrógeno o el uso de anticonceptivos con sólo progestina aceptables para las mujeres que han recibido radioterapia de la pared torácica, debido a que estos métodos no han sido asociados con un mayor riesgo de cáncer de mama.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>
	<p>En mujeres con un historial de irradiación de la pared torácica, se debe evitar el sistema de estrógenos y progestina.</p>	<p><b>B GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i></p>

	Las mujeres con osteopenia u osteoporosis deben evitar anticonceptivos inyectables de sólo progestina.	<b>B GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
	Los anticonceptivos que contienen estrógenos pueden ser benéficos para las mujeres con osteopenia u osteoporosis.	<b>B GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
	Las preocupaciones de que los anticonceptivos orales incrementan el riesgo de cáncer de mama se basan en un estudio realizado en 1996, a 54 mujeres que tomaban con regularidad anticonceptivos combinados con alto contenido de estrógenos (o que habían utilizado estos anticonceptivos orales en los 10 años anteriores) tenían un riesgo relativo de cáncer de mama de 1.24 (IC del 95% 1.15 a 1.33).	<b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
	Tres estudios recientes no encontraron ninguna asociación entre el uso de anticonceptivos orales modernos y un aumento en el riesgo de desarrollo de cáncer de mama. Por otra parte, no se ha demostrado que el uso previo de anticonceptivos orales afecte la mortalidad de ninguno de los tipos de cánceres entre las mujeres con cáncer de mama invasivo.	<b>II-2 GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
	A pesar de que los cánceres de ovario y de endometrio están mediados hormonalmente, el uso de anticonceptivos que contengan progestina (con o sin estrógenos), en realidad, reducen el riesgo de estos cánceres.	<b>II-2, III GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>
	A todas las mujeres que buscan anticoncepción se les debe proporcionar información sobre la eficacia relativa de los anticonceptivos disponibles con uso típico. A la mayoría de las mujeres que están recibiendo tratamiento contra el cáncer, se les recomiendan los anticonceptivos reversibles altamente eficaces, como los anticonceptivos intrauterinos o los implantes. A mujeres que han estado libres de cáncer durante al menos 6 meses y no tienen antecedentes de cánceres hormonalmente mediados, de irradiación de la pared torácica, de anemia, de osteoporosis o de TEV, el uso de cualquier método anticonceptivo puede ser recomendado.	<b>Punto de Buena Práctica GRADE</b> <i>Patel A, 2012</i>

## 4.10 VIH/SIDA y anticoncepción

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Las mujeres infectadas con VIH requieren anticoncepción altamente eficaz que sea compatible con la terapia antirretroviral (si procede), ya que están bajo el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, y debe incrementar la prevención de transmitir el VIH a su pareja.	<b>II-3</b> <b>USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
	La anticoncepción hormonal es segura en mujeres con VIH. Dos estudios de cohorte prospectivos han evaluado la seguridad de la anticoncepción hormonal en mujeres infectadas por el VIH. Las púerperas kenianas infectadas por VIH que utilizan anticonceptivos orales (AO) o acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) no mostraron diferencias en la carga de ARN del VIH o los niveles absolutos o una disminución de recuento de CD4 en comparación con las mujeres que no usan anticonceptivos hormonales.	<b>II-3</b> <b>USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
	En el Estudio Interinstitucional del VIH de la Mujer, las mujeres estadounidenses infectadas con VIH que usan anticonceptivos hormonales (anticonceptivos orales, DMPA o implante anticonceptivo de sólo progestina) tenían niveles similares de ARN del VIH y aumentos menores en el recuento de CD4 en comparación con las mujeres que no usan anticonceptivos hormonales.	<b>III</b> <b>USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
	Para las mujeres que toman ciertos regímenes de terapia antirretroviral, los anticonceptivos orales combinados, generalmente, no se recomiendan debido a posibles alteraciones en la anticoncepción hormonal y el fármaco antirretroviral.	<b>III</b> <b>USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
	En concreto, para las mujeres que toman inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, los anticonceptivos orales combinados, generalmente no se recomiendan debido al potencial de disminución de la eficacia del anticonceptivo.	<b>II-3, III</b> <b>USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012

<b>E</b>	Además, el inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa nevirapina reduce los niveles de los anticonceptivos orales combinados (etinil estradiolynoretindrona) cuando se coadministra.	<b>III USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
<b>E</b>	No obstante, las mujeres que toman nonritonavir-atazanavir o indinavir, o que utilizan la transcriptasa inversa no nucleósido inhibidor de efavirenz pueden utilizar los anticonceptivos orales combinados, sin pérdida de la eficacia.	<b>III USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
<b>E</b>	Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades aconsejan el uso de condones si los anticonceptivos orales combinados se utilizan en combinación con la terapia antirretroviral.	<b>III USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
<b>E</b>	Se encontró que el acetato de medroxiprogesterona no tiene interacciones con varios agentes antirretrovirales, incluyendo efavirenz, nevirapina y nelfinavir, y es considerado seguro y efectivo para su uso en las mujeres infectadas con VIH.	<b>II-2, III USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
<b>R</b>	Las pacientes deben ser informadas de que la anticoncepción dual (es decir, el uso concomitante de condones y anticonceptivos adicionales) es la estrategia óptima de anticoncepción para disminuir el riesgo de contagio del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como para reducir al mínimo la posibilidad de un embarazo no deseado.	<b>C USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012
<b>R</b>	Para las mujeres que toman ciertos regímenes de terapia antirretroviral, los anticonceptivos orales combinados, generalmente, no se recomiendan debido a alteraciones potenciales en la anticoncepción hormonal y el fármaco antirretroviral como se indica en la <i>Tabla 6</i> .	<b>C USPSTF</b> ACOG No. 117, 2010, rev. 2012

## 5. ANEXOS

### 5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática de **anticonceptivos temporales hormonales**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### **Criterios de inclusión:**

- Documentos escritos en **inglés o español**.
- Documentos publicados los últimos **4 años** (de 2010 a 2013).
- Documentos enfocados a **manejo de anticonceptivos temporales hormonales**.
- Tipo de documentos: **Guías y Guías de Práctica Clínica**.

#### **Criterios de exclusión:**

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

### 5.1.1 Estrategia de búsqueda

#### 5.1.1.1 Primera Etapa

Se realizó la búsqueda de Guías (Guidelines) o Guías de Práctica Clínica en PUBMED. En esta búsqueda se incluyeron términos MeSh válidos relacionados con la temática de la GPC. La búsqueda arrojó 32 resultados, de los cuales se utilizaron 6 documentos en la GPC en cuestión.

BÚSQUEDA	RESULTADO
"Contraceptive Agents"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR Contraception [Mesh] Filters: Practice Guideline; Guideline; Publication date from 2009/01/01 to 2013/12/31; Humans; English; Spanish; Female =	32

#### ALGORITMO DE BÚSQUEDA

1. - "ContraceptiveAgents"[Mesh]
2. - "Contraceptive Agents, Female"[Mesh]
3. - "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh]
4. - "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh]
5. - "contraception"[MeSH Terms]
6. - # 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5
7. - Practice Guideline[ptyp]
8. -Guideline[ptyp]
9. - # 7 OR # 8
10. - # 6 AND # 9
11. - ("2009/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT]
12. - # 10 AND # 11
13. - "humans"[MeSH]
14. - # 12 AND # 13
15. -English[lang]
16. -Spanish[lang]
17. - # 15 OR # 16
18. - # 14 AND # 17
19. - "female"[MeSH]
20. - # 18 AND # 19
21. - (# 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5) AND (# 7 OR # 8) AND # 11 AND # 13 AND (# 15 OR # 16) AND # 19

### 5.1.1.2 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web especializados, en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **anticonceptivos temporales hormonales y criterios médicos de elegibilidad**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

<b>Sitio Web</b>	<b>No. de resultados obtenidos</b>	<b>No. de documentos utilizados</b>
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	2	2
Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG)	2	2
TRIPDATABASE	23	0
Organización Mundial de la Salud (OMS)	1	1
GUIÍASALUD	0	0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>5</b>

En resumen, de los 60 resultados obtenidos en las 2 etapas de este protocolo de búsqueda, se utilizaron 11 documentos para la elaboración de esta guía y se retomaron 2 referencias bibliográficas de documentos utilizados en la primer versión.

## 5.1 Escalas de Gradación

### Sistema del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Niveles de evidencia NICE	
<b>1++</b>	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos con muy bajo riesgo de sesgos.
<b>1+</b>	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos con muy bajo riesgo de sesgos.
<b>1-</b>	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos con muy bajo riesgo de sesgos. <sup>A</sup>
<b>2++</b>	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte o de casos y controles, o estudios de cohorte o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
<b>2+</b>	Estudios de cohorte o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
<b>2-</b>	Estudios de cohorte o de casos y controles con alto riesgo de sesgo. <sup>A</sup>
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
<b>4</b>	Opinión de expertos.
Nota: <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

<b>A</b>	Al menos un metaanálisis, o un ensayo clínico aleatorizado categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorizado 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 del NICE.
<b>B</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+.
<b>C</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 2++.
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o Consenso formal.
<b>(PBP)</b>	Un punto de buena práctica (PBP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía.

### Estudios de diagnóstico Niveles de evidencia

<b>Ia</b>	Revisión sistemática (con homogeneidad) <sup>a</sup> de estudios de nivel 1 <sup>b</sup>
<b>Ib</b>	Estudios de nivel 1 <sup>b</sup>
<b>II</b>	Estudios de nivel 2 <sup>c</sup> Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2
<b>III</b>	Estudios de nivel 3 <sup>d</sup> Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
<b>IV</b>	Consenso, informes de comités de expertos u opiniones, o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o con base en la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'
<p><b>Notas:</b></p> <p><sup>a</sup> Homogeneidad significa que no hay variaciones o éstas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática</p> <p><sup>b</sup> Estudios de nivel 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (<i>gold standard</i>)</li> <li>2. En una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba</li> </ol> <p><sup>c</sup> Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de esta características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba)</li> <li>2. Utilizan un estándar de referencia poco significativo (definido como aquél donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquél en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia')</li> <li>3. La comparación entre la prueba y la referencia no está cegada Estudios de casos y controles</li> </ol> <p><sup>d</sup> Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan, al menos, dos o tres de las características señaladas anteriormente</p>	

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

### Canadian task Force on preventive Health care, SOGC

<b>Calidad de la Evidencia</b>	<b>Clasificación de la Recomendación</b>
En la calidad de la evidencia que se informa en este documento se ha descrito el uso de la evaluación de los criterios de evidencia descritos en el Informe del Grupo de Trabajo Canadiense sobre el Examen Periódico de Salud.	Las recomendaciones incluidas en este documento se han adaptado del método de clasificación que se describe en la Clasificación de las recomendaciones que se encuentran en el Informe del Grupo de Trabajo Canadiense sobre la Salud Periódico.  Examen
I: Evidencia obtenida de al menos una adecuada asignación al azar ensayo controlado.	A. Hay buena evidencia para apoyar la recomendación de que la condición se considerará específicamente en un examen periódico de salud.
I-1: Las pruebas de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización.	B. Hay evidencia razonable para apoyar la recomendación de que la condición se considerará específicamente en un examen periódico de salud.
II-2: Evidencia de cohorte bien diseñado (prospectivo o retrospectivo) o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.	C. No es poca evidencia con respecto a la inclusión o exclusión de la condición de un examen periódico de salud, pero las recomendaciones se pueden hacer por otros motivos.
II-3: Las pruebas obtenidas a partir de comparaciones entre los tiempos o lugares con o sin la intervención. Los resultados dramáticos en experimentos no controlados (por ejemplo, los resultados del tratamiento con penicilina en la década de 1940) también pueden ser incluidos en esta categoría.	D. Demostración justa para apoyar la recomendación de que la condición no se considerará en un examen periódico de salud.
III: Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.	E. Existe Buena evidencia que apoya la recomendación de que la condición sea excluida en un examen periódico de salud.

### Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist

Clasificación de niveles de evidencia		Grados de recomendación	
<b>1a</b>	Evidencia obtenida de metaanálisis de estudios controlados aleatorizados	<b>A</b>	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b.
<b>1b</b>	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado		
<b>IIa</b>	Evidencia obtenida de al 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 Nivel de evidencia IIa, IIb, III.
<b>IIb</b>	Evidencia obtenida de al 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 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 práctica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrollo la guía

## 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 sin 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

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

En su tercera edición, publicada recientemente y que puede consultarse en la página 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 son 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 es 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 importantes de salud.

### Criterios de evaluación de la calidad GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Menor si*:	Alto si*:
Alto	Prueba	Calidad del estudio	Fuerte asociación
Moderado			
Bajo	Estudio observacional	Serias limitaciones: -1 Limitaciones muy serias: -2 Inconsistencia :-1	Fuerte sin factores de confusión Pruebas de consistencia directa** 1
Muy bajo	Cualquier otra evidencia	Directrices Alguna Incertidumbre :-1 Mayor incertidumbre: -2 Mínima certidumbre: -1 Alta probabilidad de sesgo reportado: -1	Muy fuerte, no hay grandes amenazas a la validez y la evidencia directa *** 2 La evidencia de un gradiente dosis-respuesta, una Todos los factores de confusión plausibles habrían reducido el efecto: 1

\* Mover hacia arriba o hacia abajo el número indicado de grados

\*\* Un riesgo relativo estadísticamente significativo >2 (o <0.5) basado en evidencia consistente de dos o más estudios observacionales sin factores de confusión plausibles

\*\*\* Un riesgo relativo estadísticamente significativo 5 (o <0.2) sobre la base de evidencia directa, sin mayores amenazas a la validez

## **CEU/FFPRHA/RCOG**

La evidencia fue gradada usando el esquema similar que ha sido adoptado por el RCOG y otra organizaciones de guías de práctica clínica.

### **Grados de recomendación**

**A** Evidencia basada en ensayos clínicos aleatorizados.

**B** Evidencia basada en otros estudios bien hechos experimentales y observacionales.

**C** La evidencia es limitada pero el consenso se basa en la opinión de expertos y tiene el respaldo de autoridades respetadas.

Punto de Buena Práctica donde no existen pruebas, pero donde la mejor practica está basada en la experiencia clínica del grupo multidisciplinario.

## GRADE

	<b>Evidencia</b>
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo controlado aleatorio (ECA) que está clasificado como 1 ++, y es directamente aplicable a la población diana, o</li> <li>Una revisión sistemática de ECA o un cuerpo de evidencia que consiste principalmente en estudios clasificados como 1 +, directamente aplicables a la población diana y demuestre consistencia global de los resultados, o</li> <li>La evidencia extraída de una evaluación de la tecnología de NIZA</li> </ul>
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicables a la población diana y demuestre consistencia global de los resultados, o</li> <li>Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1 ++ o 1 +</li> </ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un cuerpo de evidencia que incluye estudios de nivel 2 +, es directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia global de los resultados, o</li> <li>Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2 ++</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de evidencia 3 o 4, o</li> <li>Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2 +, o</li> <li>Consenso Formal</li> </ul>
<b>D (GPP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un punto de buenas prácticas (D (GPP)) es una recomendación para la mejor práctica basada en la experiencia del Grupo de Desarrollo de la Guía</li> </ul>
<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Tipo de evidencia</b>
<b>1++</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De alta calidad de los metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA, o</li> <li>ECA con un riesgo muy bajo de sesgo</li> </ul>
<b>1+</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA, o</li> <li>ECA con un riesgo bajo de sesgo</li> </ul>
<b>1-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA, o</li> <li>ECA con un alto riesgo de sesgo</li> </ul>
<b>2++</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisiones sistemáticas de alta calidad de casos y controles o de cohortes</li> <li>Estudios de casos y controles o de cohortes de alta calidad con muy bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal</li> </ul>
<b>2+</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos y controles o de cohortes bien realizados con un riesgo bajo de confusión, sesgo o azar y una probabilidad moderada de que la relación sea causal</li> </ul>
<b>2-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De casos y controles o de cohortes con un riesgo alto de confusión, sesgo o azar y un riesgo significativo de que la relación no sea causal</li> </ul>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios no analíticos (por ejemplo, informes de casos, series de casos)</li> </ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opinión de los expertos en un consenso formal</li> </ul>

## 5.2 Consideraciones especiales sobre los criterios médicos de elegibilidad

### Condiciones que exponen a una mujer a riesgos mayores como consecuencia de un embarazo no planificado

Las mujeres con condiciones médicas que pueden hacer del embarazo no planificado un riesgo de salud inadmisibles deben ser informadas que, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico, el uso exclusivo de los métodos de barrera para la anticoncepción y los métodos de anticoncepción naturales, pueden no ser la elección más adecuada para ellas. Estas condiciones se enumeran en la *Tabla 2 (OMS, 2012)*.

Para introducir los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, la OMS sugiere a los países o a las autoridades locales seguir un proceso de seis pasos: 1) planificar la promoción; 2) realizar el análisis de la situación; 3) adaptar la guía para responder a las necesidades, las circunstancias y el contexto de cada país; 4) diseñar una estrategia de implementación; 5) poner a prueba una evaluación; 6) por último, llevar a cabo la promoción y ampliación. Este proceso podría variar si la guía se está introduciendo por primera vez o si se está utilizando para actualizar las recomendaciones existentes para la prestación de servicios. En todos estos pasos, la OMS destaca la importancia de que el proceso para introducir la guía sea colectivo y participativo, a fin de fomentar el sentido de pertenencia y la aceptación entre los responsables de la formulación de políticas, los organismos profesionales y otros expertos nacionales (OMS, 2012).

### Personas con necesidades especiales

#### *Personas con discapacidades*

Los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con condiciones médicas específicas. Además, la provisión de anticonceptivos a las personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método. Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede ser difícil para personas con destreza manual reducida; los AOC pueden no ser el método preferido para algunas mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de TVP; y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos. En el caso de mujeres que tienen dificultad con la higiene íntima durante la menstruación, también deberá considerarse el impacto del método de anticoncepción en los ciclos menstruales.

Las decisiones deben basarse en una elección informada, después de la educación adecuada en salud sexual. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada independiente, los anticonceptivos deben proporcionarse solo después de un proceso de toma de decisiones respaldado, que incluya a todas las partes interesadas como el mediador personal, los tutores o personas a cargo. Los derechos reproductivos del individuo deben considerarse en cualquiera de estas decisiones. Es especialmente importante asegurarse de que las decisiones sobre la esterilización de personas con discapacidades se tomen de manera ética.

### *Adolescentes*

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad, en sí, no constituye una razón médica para negar cualquier método a los adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes (por ejemplo, el uso de inyectables de progestina sola en menores de 18 años), estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo. Está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunas condiciones (por ejemplo, las alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores, por lo general, no afectan a las mujeres jóvenes, debido a su baja frecuencia en los grupos jóvenes.

Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de métodos anticonceptivos para las adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las adolescentes también están expuestas a un riesgo mayor de contraer ITS, incluido el VIH. Aunque las adolescentes pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos, el uso de métodos que no requieren un régimen diario puede ser más apropiado. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquellas que están casadas y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y el método limite las opciones disponibles (OMS, 2012).

## 5.3 Escalas de Clasificación Clínica

**Tabla 1. Resumen de los cambios a la tercera edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**

(Condiciones para las que hubo un cambio en la clasificación para uno o más métodos, o una modificación importante en la descripción de la condición. Las clasificaciones cambiadas están resaltadas en negritas).

Condición	AOC/ P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna							
Posparto (sin estar amamantando])							
a) < 21 días							
i) sin otros factores de riesgo para TEV	3†	3†					
ii) con otros factores de riesgo para TEV	3/4†	3/4†					
b) > 21 días a 42 días							
i) sin otros factores de riesgo para TEV	2†	2†					
ii) con otros factores de riesgo para TEV	2/3†	2/3†					
c) > 42 días	1	1					
Posparto (amamantando o no, incluso después de la cesárea)							
a) < 48 horas incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta						1	1=sin LM 3=L M
b) > 48 horas a < 4 semanas						3	3 1
c) > 4 semanas						1	4
d) Sepsis puerperal						4	
Obesidad							
a) IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	2	2	1	1	1	1	1
b) Menarquía a < 18 años e IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	2	2	1	AMPD = 2 EN-NET = 1†	1	1	1
Trombosis venosa profunda (TVP)/embolismo pulmonar (EP)							
a) Historia de TVP/EP	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP agudas	4	4	3	3	3	1	3
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
d) Historia familiar de TVP/EP	2	2	1	1	1	1	1

(familiares de primer grado)										
e) Cirugía mayor										
i) con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	2	1	2		
ii) sin inmovilización prolongada										
f) Cirugía menor sin inmovilización	2	2	1	1	1	1	1	1		
	1	1	1	1	1	1	1	1		
Lupus eritematoso sistémico (LES)				I	C		I	C		
Las personas con LES tienen mayor riesgo de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en esta guía deben ser iguales para las mujeres con LES en estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en el supuesto de que no hay otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse en presencia de dichos factores de riesgo.										
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4	4		3	3	3	3	1	1	3
b) Trombocitopenia severa	2	2		2	3	2	2	3	2	2+
								†	†	
c) Terapia inmunosupresora	2	2		2	2	2	2	1	1	2
d) Ninguna de las condiciones anteriores	2	2		2	2	2	2	1	1	2

Condición	AOC/ P/AV		AIC		AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU- Cu	DIU- LNG		
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna											
Enfermedad trofoblástica gestacional											
a) Niveles reducidos o indetectables de $\beta$ hCG (gonadotropina coriónica humana)	1		1		1	1	1	3	3		
b) Niveles persistentemente elevados de $\beta$ hCG o enfermedad maligna	1		1		1	1	1	4	4		
Hepatitis viral	I	C	I	C							
a) Aguda o con exacerbación	3/ 4†	2	3	2	1	1	1	1	1		
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
c) Crónica	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Cirrosis											
a) Leve (compensada)	1		1		1	1	1	1	1		
b) Grave (descompensada)	4		3		3	3	3	1	3		
Tumores del hígado											
a) Benigno											
i) Hiperplasia nodular focal	2		2		2	2	2	1	2		
ii) Adenoma hepatocelular	4		3		3	3	3	1	3		
b) Maligno (hepatoma)	4		3/4		3	3	3	1	3		
Terapia antirretroviral								I	C	I	C

Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva,  
en el primer y segundo niveles de atención

a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI )	1†	1	1	AMPD = 1 EN-NET = 1	1	2 / 3 †	2 †	2 / 3 †	2 †
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2†	2†	2†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	2 / 3 †	2 †	2 / 3 †	2 †
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3†	3†	3†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	2 / 3 †	2 †	2 / 3 †	2 †
Terapia anticonvulsiva									
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiromato, oxcarbamazepina)	3†	2	3†	AMPD =1 EN-NET = 2†	2†	1		1	
b) Lamotrigina	3†	3	1	1	1	1		1	
Terapia antimicrobiana									
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1		1	
b) Antifúngicos	1	1	1	1	1	1		1	
c) Antiparasitarios	1	1	1	1					
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	3†	2	3†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	1		1	

**Tabla 2. Recomendaciones actualizadas para los anticonceptivos hormonales combinados, incluidos los anticonceptivos combinados orales, parches hormonales combinados, y el anillo vaginal combinado, durante el periodo posparto, entre mujeres que no están amamantando**

Condición	Categoría*	Aclaración/Evidencia
Postparto (mujeres que no están amamantando)		
a) <21 días	4	<b>Evidencia:</b> No hay evidencia directa que examine el riesgo de TEV en las mujeres después del parto con AHC. El riesgo de TEV es elevado durante el embarazo y es más pronunciado en las primeras semanas después del parto, disminuyendo a los niveles de referencia cerca de 42 días después del parto. El uso de los AHC que aumentan el riesgo de TEV en mujeres sanas en edad reproductiva, podría plantear un riesgo adicional si se usa durante este tiempo. El riesgo de embarazo durante los primeros 21 días después del parto es muy bajo, pero aumenta después de ese punto; la ovulación antes de la primera menstruación es común.
b) 21-42 días	3	<b>Aclaración:</b> Para las mujeres con otros factores de riesgo de TEV, estos factores de riesgo podrían aumentar la clasificación a 4, por ejemplo, el tabaquismo, la trombosis venosa profunda/embolia pulmonar, las mutaciones trombogénicas conocidas y la miocardiopatía periparto.
i) Junto con otros factores de riesgo de TEV (como la edad $\geq 35$ años, la TEV anterior, trombofilia, la inmovilidad, la transfusión en el parto, el IMC $\geq 30$ , la hemorragia posparto, parto post-cesárea, pre-eclampsia o fumar)		<b>Evidencia:</b> No hay evidencia directa que examine el riesgo de TEV en las mujeres después del parto con AHC. El riesgo de TEV es elevado durante el embarazo y es más pronunciado en las primeras semanas después del parto, disminuyendo a los niveles de referencia cerca de 42 días después del parto. El uso de los AHC que aumentan el riesgo de TEV en mujeres sanas en edad reproductiva, podría plantear un riesgo adicional si se usa durante este tiempo.
ii) Sin otros factores de riesgo de TEV	2	
c) >42 días	1	

**Abreviaturas:**

TEV = tromboembolismo venoso

AHC = anticonceptivos hormonales combinados

IMC = índice de masa corporal (peso [kg] / estatura [m<sup>2</sup>])

\* Categorías: 1 = una condición para la cual no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo, 2 = una condición para la cual las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados, 3 = una condición para la cual el teórico o riesgos probados por lo general son mayores que las ventajas de usar el método, 4 = una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo

**Tabla 3. Recomendaciones actualizadas para los anticonceptivos hormonales combinados, incluidos los anticonceptivos combinados orales, parches hormonales combinados, y el anillo vaginal combinado, durante el periodo posparto, entre las mujeres que amamantan**

Condición	Categoría*	Aclaración/Evidencia
<p>Postparto (mujeres que amamantan<sup>†</sup>)</p> <p>a) &lt;21 días</p>	<p>4</p>	<p><b>Aclaración:</b> El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EUA recomienda que los bebés sean amamantados exclusivamente durante los primeros 4-6 meses de vida, de preferencia por un total de 6 meses. Idealmente, la lactancia materna debe continuar hasta el primer año de vida.</p> <p><b>Evidencia:</b> Los estudios clínicos demuestran resultados contradictorios sobre los efectos en el volumen de leche en las mujeres expuestas a los AOC durante la lactancia; no se ha informado ningún efecto consistente en el peso infantil. No se han demostrado resultados de salud adversos o manifestaciones de presencia de estrógeno exógeno en recién nacidos expuestos a AHC a través de la leche materna. En general, estos estudios son de baja calidad, carecen de definiciones estándar de la lactancia materna o las medidas de resultado, y no han incluido a niños prematuros o enfermos. Las dudas teóricas sobre los efectos de los AHC en la producción de leche es mayor en el período posparto temprano cuando se está estableciendo el flujo de leche.</p> <p><b>Evidencia:</b> No hay evidencia directa que examine el riesgo de TEV en las mujeres después del parto con AHC. El riesgo de TEV es elevado durante el embarazo y después del parto, y este riesgo es más pronunciado en las primeras semanas después del parto, disminuyendo a los niveles de referencia cerca de 42 días después del parto. El uso de los AHC aumenta el riesgo de TEV en mujeres sanas en edad reproductiva, y podría representar un riesgo adicional si se usa durante este tiempo. El riesgo de embarazo durante los primeros 21 días después del parto es muy bajo, pero aumenta después de ese punto; la ovulación antes de la primera menstruación es común.</p>

<p>b) 21 a &lt;30 días</p> <p>i) Junto con otros factores de riesgo de TEV (como la edad <math>\geq</math> 35 años, la TEV anterior, trombofilia, la inmovilidad, la transfusión en el parto, el IMC <math>\geq</math> 30, la hemorragia posparto, el parto post-cesárea, pre-eclampsia o fumar)</p> <p>ii) Sin otros factores de riesgo de TEV</p>	<p>3</p> <p>3</p>	<p><b>Aclaración:</b> Para las mujeres con otros factores de riesgo de TEV, estos factores de riesgo podrían aumentar la clasificación a un "4"; por ejemplo, el tabaquismo, la trombosis venosa profunda/embolia pulmonar, las mutaciones trombogénicas conocidas y la cardiomiopatía periparto.</p> <p><b>Evidencia:</b> No hay evidencia directa que examine el riesgo de TEV en las mujeres después del parto con AHC. El riesgo de TEV es más elevado durante el embarazo y después del parto, y este riesgo es más pronunciado en las primeras semanas después del parto, disminuyendo a los niveles de referencia cerca de 42 días después del parto. El uso de los AHC aumenta el riesgo de TEV en mujeres sanas en edad reproductiva, y podría representar un riesgo adicional si se usa durante este tiempo.</p>
<p>c) 30-42 días</p> <p>i) Junto con otros factores de riesgo de TEV (como la edad <math>\geq</math> 35 años, la TEV anterior, trombofilia, la inmovilidad, la transfusión en el parto, el IMC <math>\geq</math> 30, la hemorragia posparto, el parto post-cesárea, pre-eclampsia o fumar)</p> <p>ii) Sin otros factores de riesgo de TEV</p> <p>d) &gt;42 días</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p><b>Aclaración:</b> Para las mujeres con otros factores de riesgo de TEV, estos factores de riesgo podrían aumentar la clasificación a un "4"; por ejemplo, el tabaquismo, la trombosis venosa profunda/embolia pulmonar, las mutaciones trombogénicas conocidas y la cardiomiopatía periparto.</p> <p><b>Evidencia:</b> No hay evidencia directa que examine el riesgo de TEV en las mujeres después del parto con AHC. El riesgo de TEV es más elevado durante el embarazo y después del parto, y este riesgo es más pronunciado en las primeras semanas después del parto, disminuyendo a los niveles de referencia cerca de 42 días después del parto. El uso de los AHC aumenta el riesgo de TEV en mujeres sanas en edad reproductiva, y podría representar un riesgo adicional si se usa durante este tiempo.</p>

**Abreviaturas:**

TEV= tromboembolismo venoso; AHC = anticonceptivos hormonales combinados

IMC = índice de masa corporal (peso [kg] / estatura [m<sup>2</sup>]); AOC = anticonceptivos orales combinados

\* Categorías: 1 = una condición para la cual no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo, 2 = una condición para la cual las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados, 3 = una condición para la cual los riesgos teóricos o probados por lo general son mayores que las ventajas del método, 4 = una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo

† Las recomendaciones de lactancia materna están divididas por mes en los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de EUA, 2010. Se han dividido por días para los efectos de la integración con las recomendaciones posparto.

Si desea conocer el documento completo de los Criterios Médicos de Elegibilidad consulte la siguiente liga:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/es/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/index.html)

**Tabla 4. Resumen de recomendaciones y clasificación de riesgos\* para el uso de métodos anticonceptivos hormonales y dispositivos uterinos durante el periodo posparto**

Condición	AOC/ P/AV	PSP	AMP	Implantes	DIU- LNG	DIU- Cu
Posparto (mujeres que no están amamantando)						
a) <21 días	4	1	1	1		
b) 21 días a 42 días						
i. Junto con otros factores de riesgo de TEV (como la edad $\geq$ 35 años, la TEV anterior, trombofilia, inmovilidad, transfusión en el parto, el IMC $\geq$ 30, la hemorragia posparto, el parto post-cesárea, pre-eclampsia o fumar)	3 <sup>†</sup>	1	1	1		
ii. Sin otros factores de riesgo de TEV	2	1	1	1		
c) >42 días	1	1	1	1		
Posparto (mujeres que amamantan <sup>§</sup> )						
a) <21 días	4	2	2	2		
b) 21 a <30 días						
i. Junto con otros factores de riesgo de TEV (como la edad $\geq$ 35 años, la TEV anterior, trombofilia, la inmovilidad, la transfusión en el parto, el IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> , hemorragia posparto, el parto post-cesárea, pre-eclampsia o fumar)	3 <sup>†</sup>	2	2	2		
ii. Sin otros factores de riesgo de TEV	3	2	2	2		

c) 30--42 días						
i. Junto con otros factores de riesgo de TEV (como la edad $\geq$ 35 años, la TEV anterior, trombofilia, la inmovilidad, la transfusión en el parto, el IMC $\geq$ 30, la hemorragia posparto, el parto post-cesárea, pre-eclampsia o fumar)	3 <sup>†</sup>	1	1	1		
ii. Sin otros factores de riesgo de TEV	2	1	1	1		
d) >42 días	2	1	1	1		
Posparto (mujeres que amamantan y que no amamantan, incluidas las que tuvieron parto post-cesárea)						
a) <10 min después del alumbramiento de la placenta					2	1
b) 10 min después del alumbramiento hasta <4 sem					2	2
c) $\geq$ 4 semanas					1	1
d) Sepsis puerperal					4	4

**Abreviaturas:**

AOC = anticonceptivos orales combinados; P = parche hormonal combinado; A = anillo vaginal combinado; PSP = píldora sólo de progestina; AMP = acetato de medroxiprogesterona; DIU = dispositivo intrauterino; DIU-LNG = DIU liberador de levonorgestrel; DIU-Cu = DIU de cobre; TEV = tromboembolismo venoso; AHC = anticonceptivos hormonales combinados; IMC = índice de masa corporal (peso [kg]/estatura [m<sup>2</sup>]).

\* Categorías: 1 = una condición para la cual no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo, 2 = una condición para la cual las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados, 3 = una condición para la cual los riesgos teóricos o probados por lo general son mayores que las ventajas de usar el método, 4 = una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.

† Aclaración: Para las mujeres con otros factores de riesgo de TEV, estos factores de riesgo podrían aumentar la clasificación a un "3", por ejemplo, el tabaquismo, la trombosis venosa profunda/embolia pulmonar, las mutaciones trombogénicas conocidas y la cardiomiopatía periparto.

§ Las recomendaciones de lactancia materna están divididas por mes en los Criterios médicos de elegibilidad de EUA para el uso de anticonceptivos, 2010. Se han dividido por días para los efectos de la integración con las recomendaciones posparto.

**Tabla 5. Tipo de anticonceptivo y categoría**

<b>Tipo de anticonceptivo</b>		
	<b>Categoría</b> <b>I = inicio</b> <b>C = continuación</b>	<b>Aclaración/Evidencia</b>
Condición	Condición clasificada de 1 a 4  Las categorías para el método basado en el conocimiento de la fertilidad y la esterilización quirúrgica se describen al comienzo de la sección correspondiente.	Aclaraciones y evidencia relacionadas con la clasificación
NA indica una condición para la cual el Grupo de Trabajo no dio una clasificación, pero proporcionó aclaraciones.		

1	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.	3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.	4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

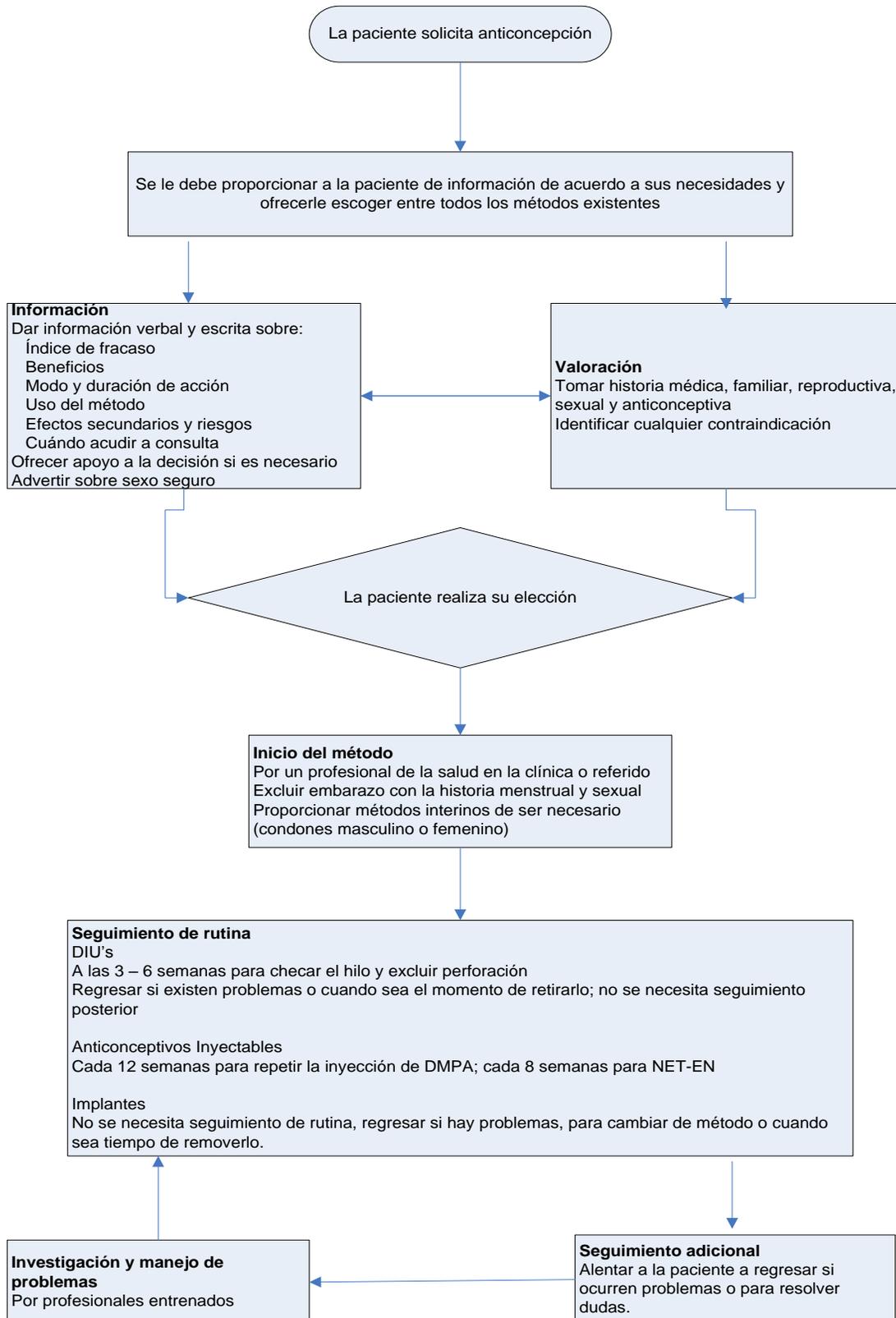
<b>Categoría</b>	<b>Con criterio clínico</b>	<b>Con criterio clínico limitado</b>
1	Use el método en cualquier circunstancia	<b>Sí</b> (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	<b>No</b> (No use el método)
4	No se debe usar el método	

**Tabla 6. Anticonceptivos orales y terapia antirretroviral**

<b>Agentes antirretrovirales que disminuyen los niveles hormonales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ritonavir, nelfinavir, lopinavir, disminuyen un 40-50% los niveles de etinilestradiol. Se debe utilizar un método anticonceptivo alternativo o adicional.</li><li>• Amprenavir, disminuye los niveles de etinilestradiol y de noretindrona. Debido a que los anticonceptivos orales disminuyen los niveles de amprenavir en un 20%, los agentes no deben ser coadministrados y se debe utilizar un método anticonceptivo alternativo.</li><li>• Nevirapina, disminuye en un 20% los niveles de estradiol. Deberá utilizarse un método anticonceptivo alternativo o adicional.</li></ul>
<b>Agentes antirretrovirales que aumentan los niveles hormonales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Efavirenz, aumenta un 37% los niveles de etinilestradiol; el significado clínico es desconocido. Deberá utilizarse un método anticonceptivo alternativo o adicional.</li><li>• Atazanavir, aumenta un 48% los niveles de etinilestradiol y en 110% los niveles de noretindrona. Deberá utilizarse la dosis efectiva más baja o un método anticonceptivo alternativo.</li></ul>

Datos de Anderson JR. Approach to the patient. En: Anderson JR, editor. A guide to the clinical care of women with HIV. Rockville (MD): Health Resources and Services Administration; 2005. pp.35-46.

## 5.4 Diagramas de Flujo



Modificado de Nice Clinical Guideline 30, Quick reference guide, octubre 2005.

## 5.5 Listado de Recursos

### 5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el **Manejo de anticonceptivos temporales hormonales Cuadro Básico Sectorial:**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
<b>010.000.3044.00</b>	Acetato de Medroxi progesterona	150 mg cada 3 meses	Suspensión inyectable Cada frasco ampula o jeringa prellenada contiene: Acetato de medroxiprogeste rona 150 mg  Envase con un frasco ampula o jeringa prellenada de 1 ml	Mientras se requiera el efecto anticonceptivo			
<b>010.000.2212.00</b>	Desogestrel	Oral. Adultos: 0.075 mg cada 24 horas	Tableta Desogestrel 0.075 mg  Envase con 28 tabletas		Cefalea, náusea, acné, mastalgia, menstruación irregular, amenorrea, alteración del estado de ánimo, disminución de la libido, aumento de peso	Se han identificado interacciones con el uso concomitante de hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbamazepina , rifabutina, troglitazona, felbamato y griseofulvina	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Conocimiento o sospecha de embarazo, tromboembolismo venoso activo, presencia o antecedentes de enfermedad hepática severa mientras los valores de la función hepática no se hayan normalizado, tumores progestágeno-dependientes, sangrado vaginal no diagnosticado. Precauciones: Evaluación individual de la relación beneficio/riesgo en cáncer de mama preexistente y en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama durante el uso de Desogestrel
<b>010.000.3505.00</b>	Desogestrel y etinilestradiol	Oral. Adultos: Una tableta diaria por la noche a	Tableta Desogestrel 0.15 mg Etinilestradiol		Náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, hemorragia	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol,	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los fármacos, antecedentes o presencia de tumores mamarios, enfermedad hepática,

Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva,  
en el primer y segundo niveles de atención

		partir del quinto día del ciclo menstrual	0.03 mg Envase con 21 tabletas		intermenstrual, amenorrea, menstruación escasa y de corta duración.	benzodicepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo	hipertensión arterial sistémica, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, mujeres fumadoras de mayores de 35 años de edad.
<b>010.000.3508.0</b>	Desogestrel y etinilestradiol	Oral. Adultos: Una tableta diaria por la noche a partir del quinto día del ciclo menstrual	Tableta Desogestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03mg  Envase con 28 tabletas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)		Náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, hemorragia intermenstrual, amenorrea, menstruación escasa y de corta duración	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodicepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los fármacos, antecedentes o presencia de tumores mamarios, enfermedad hepática, hipertensión arterial sistémica, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, mujeres fumadoras de más de 35 años de edad
<b>010.000.3510.0</b>	Etonogestrel	Subcutánea. Adultos: Un implante cada tres años. Insertarlo del día 1 al 5 del ciclo menstrual. La inserción y remoción deberán efectuarse por un médico con experiencia	Implante Etonogestrel 68.0 mg  Implante y aplicador		Náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, hemorragia intermenstrual, amenorrea, menstruación escasa y de corta duración	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodicepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los fármacos, antecedentes o presencia de tumores mamarios, enfermedad hepática, hipertensión arterial sistémica, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.
<b>010.000.4526.0</b>	Levonorgestrel	Oral. Adultos: Una gragea diaria, a partir del primer día de la menstruación	Gragea 0.03 mg  Envase con 35 grageas		Cefalea, náusea, vómito, edema, ictericia e hiperglucemia	Rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodicepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y a los progestágenos, enfermedad tromboembólica, cáncer mamario, insuficiencia hepática, hemorragias gastrointestinales, diabetes mellitus, migraña, enfermedad cardíaca, asma y trastornos convulsivos
<b>010.000.3504.0</b>	Levonorgestrel y etinilestradiol	Oral. Adultos: Una gragea diaria por la noche a partir del quinto día del ciclo menstrual	Gragea Levonorgestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg  Envase con 21 grageas	Mientras se requiera el efecto anticonceptivo	Amenorrea, hemorragia uterina disfuncional, náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, menstruación escasa y de corta duración	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodicepinas y barbitúricos, disminuyen el efecto anticonceptivo	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, antecedentes o presencia de tumores mamarios, enfermedad hepática, diabetes mellitus, enfermedad arterial sistémica, mujeres fumadoras de más de 35 años de edad
<b>010.000.3507.0</b>	Levonorgestrel y etinilestradiol	Oral. Adultos: Una gragea diaria	Gragea Levonorgestrel 0.15 mg		Amenorrea, hemorragia uterina	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina,	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, antecedentes o presencia de tumores

Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva,  
en el primer y segundo niveles de atención

		por la noche a partir del quinto día del ciclo menstrual	etinilestradiol 0.03 mg  Envase con 28 Grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)		disfuncional, náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, menstruación escasa y de corta duración	cloramfenicol, benzodiacepinas y barbitúricos, disminuyen el efecto anticonceptivo	mamarios, enfermedad hepática, diabetes mellitus, enfermedad tromboembólica, hipertensión arterial sistémica, mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.
<b>010.000.3509.0</b>	Medroxi progesterona y cipionato de estradiol	Intramuscular profunda. Adultos: Primera vez; administrar una ampolleta o jeringa entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual. Segunda vez, administrar al mes después de la primera dosis.	Suspensión inyectable Cada ampolleta o jeringa contiene: Acetato de Medroxipro gesterona 25 mg Cipionato de estradiol 5 mg  Envase con una ampolleta o jeringa prellenada de 0.5 ml		Náusea, vómito, hemorragia intermenstrual, amenorrea, cefalea, depresión, tromboflebitis y trastorno tromboembólico, cloasma.	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodiacepinas y barbitúricos, disminuyen el efecto anticonceptivo	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, neoplasias estrógeno dependiente o de mama, enfermedad tromboembólica y hepática, diabetes, epilepsia, asma y enfermedad mental, sangrado vaginal no diagnosticado.
<b>010.000.3511.0</b>	Norelges tromina y etinilestradiol	Cutánea. Adultos: Aplicar un parche cada semana, de preferencia el mismo día, durante 3 semanas. Dejar una semana sin parche. Cada parche libera 150 µg de norelgestromina y 20 µg de etinilestradiol cada 24 horas.	Parche Cada parche contiene: Norelgestromina 6.00 mg Etinilestradiol 0.60 mg  Envase con 3 parches.		Tumores hepáticos benignos y carcinoma; cáncer cervical y de mama; adenomas pituitarios con prolactina. Lesiones neuro-oculares. Infarto al miocardio, migraña, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, trombosis venosa profunda, tromboembolia arterial y pulmonar. Colestasis intrahepática y colestiasis. Reacción en el sitio de aplicación.	La rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodiacepinas y barbitúricos, disminuyen el efecto anticonceptivo. Con la hierba de San Juan, riesgo de embarazo o de sangrados intermenstruales y metrorragia. Con inhibidores de proteasas virales se modifican los niveles circulantes de las hormonas; el indinavir los aumenta y el ritonavir los disminuye	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a cualquier componente de este producto. Antecedentes o padecimientos tipo tromboflebitis aguda y trastornos tromboembólicos. Enfermedad cerebrovascular o de las arterias coronarias. Enfermedad cardíaca valvular con complicaciones e hipertensión arterial grave. Diabetes con complicaciones vasculares. Migraña con aura focal. Carcinoma de mama, de endometrio u otro tipo de tumor dependiente de estrógenos. Sangrado genital anormal. Ictericia colestásica del embarazo o con uso previo de anticonceptivos hormonales. Enfermedad hepato celular aguda o crónica con insuficiencia. Adenomas o carcinomas hepáticos. Precauciones: Riesgo de embarazo en mujeres obesas con peso mayor de 90 kg. En población con riesgo de padecimientos tromboembólicos arteriales y en insuficiencia renal.

Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva,  
en el primer y segundo niveles de atención

					<p>Retención de líquidos, cambio en el peso corporal, menor tolerancia a la glucosa. Cambios de estado de ánimo, depresión, irritabilidad, cambios en la libido. Corea inducida por estrógenos. Cambio en la curvatura de la cornea. Náusea, vómito, espasmos y distensión abdominal. Eritema nodoso, prurito, exantema, cloasma, eritema multiforme, acné, seborrea, alopecia . Sangrado intermenstrual, amenorrea, cambio de tamaño de los fibromiomas uterinos, candidiasis vaginal, dismenorrea, mastodinia, galactorrea.</p>		
<b>010.000.3515.00</b>	Noretisterona y estradiol	Intramuscular profunda. Adultos: Administrar una ampollita o jeringa dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual.	Solución inyectable Cada ampollita o jeringa contiene: Enantato de noretisterona 50 mg Valerato de estradiol 5 mg		Náusea, vómito, mastalgia, aumento de peso, cefalea, alteraciones menstruales, cloasma, depresión y tromboflebitis	Ampicilina, rifampicina, tetraciclina y anticonvulsivantes, disminuyen su efecto anticonceptivo	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, antecedentes de cáncer de mama e hígado, insuficiencia cardíaca. Precauciones: En hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, epilepsia y asma bronquial

Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva,  
en el primer y segundo niveles de atención

		Posteriormente cada 30 días, independientemente del ciclo menstrual	Envase con una ampolleta o jeringa con 1 ml				
<b>010.000.3506.00</b>	Noretisterona y etinilestradiol	Oral. Adultos: Una tableta o gragea cada 24 horas, por las noches durante 21 días consecutivos, iniciando al 5° día del ciclo menstrual ó 7 días después de tomar la última tableta del ciclo anterior.	Tableta o gragea Cada tableta o gragea contiene: Noretisterona 0.400 mg Etinilestradiol 0.035 mg  Envase con 28 tabletas (21 tabletas con hormonales y 7 sin hormonales)	Mientras se requiera el efecto anticonceptivo	Náusea, vómito, cefalalgia, nerviosismo, amenorrea, hemorragia uterina disfuncional, aumento de peso, crecimiento mamario	La rifampicina, ampicilina, tetraciclinas, cloramfenicol, benzodiacepinas y fenobarbital, disminuyen su efecto anticonceptivo.	Contraindicaciones: Cáncer genital, antecedentes o presencia de tumores mamarios, enfermedad hepática, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, en mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.

## 6. GLOSARIO

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

**Ácido mefenámico:** Medicamento antiinflamatorio no esteroideo derivado del ácido fenámico o fenamato.

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

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

**Anticoncepción de emergencia:** Es una forma de anticoncepción que adoptarse por la mujer después del sexo sin protección. La anticoncepción de emergencia no protege contra ITS, pero puede prevenir un embarazo. Los fármacos que se utilizan para la anticoncepción de emergencia se basan en hormonas. 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 (AOC):** Píldoras que se toman una vez al día para prevenir el embarazo. Contienen las hormonas estrógeno y progestina.

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

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

**Cáncer endometrial:** Incluye un conjunto de variantes malignas que provienen del endometrio o revestimiento del útero.

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

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

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

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

**Consejería:** 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 practique un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente.

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

**Desogestrel:** Molécula usado como anticoncepción hormonal en formulaciones de píldoras orales combinadas.

**Dismenorrea:** Sangrado menstrual doloroso.

**Dispositivo intrauterino:** Artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de forma temporal. Por sus características físico-químicas, impide el embarazo. Aunque la acción anticonceptiva principal del DIU consiste en evitar que el espermatozoides 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 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, 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:** Hormonas sexuales de tipo femenino, principalmente producidos por los ovarios y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales. Los estrógenos inducen fenómenos de proliferación celular sobre los órganos, principalmente endometrio, mama y el mismo ovario. Tienen cierto efecto preventivo de la enfermedad cardiovascular y sobre el endometrio actúan coordinadamente con los gestágenos, otra clase de hormona sexual femenina que induce fenómenos de maduración. Los estrógenos presentan su mayor concentración los primeros 7 días de la menstruación.

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

**Etinilestradiol:** Estrógeno derivado del estradiol, activo por vía oral indicado en fórmulas que producen la píldora anticonceptiva.

**Fertilidad:** Capacidad de producir una progenie.

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

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

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

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

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

**Hipertensión arterial:** Condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg.

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

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

**Índice de masa corporal (IMC):** Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.

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

**Infecciones de transmisión sexual (ITS):** Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

**Levonorgestrel:** Progestina sintética biológicamente activa. Es el principio activo del anticonceptivo de emergencia denominado "píldora del día después".

**Mastodinia o mastalgia:** Dolor que se presenta en las glándulas mamarias.

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

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

**Metaanálisis:** Se conjuntan los resultados de la colección de estudios independientes (que investigan el mismo tratamiento), utilizando técnicas estadísticas para sintetizar sus hallazgos en estimados simples del efecto de un tratamiento. Donde los estudios no son compatibles, por

ejemplo, a causa de diferencias en las poblaciones de estudio o en las mediciones de los resultados, sería inapropiado o incluso engañoso conjuntar los resultados de esta forma.

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

**Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración:** Son métodos anticonceptivos que proporcionan eficacia contraceptiva durante un largo periodo de tiempo sin requerir la intervención del usuario.

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

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

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

**Nuliparidad:** Nunca haber parido.

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

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

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

**Osteopenia:** Disminución de la calcificación o de la densidad ósea.

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

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

**Práctica clínica basada en evidencia:** La práctica clínica basada en evidencia involucra la toma de decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes basados en la investigación de la mejor evidencia disponible, en lugar 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 alta experiencia clínica y las preferencias de los pacientes, con la mejor evidencia disponible en las investigaciones.

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

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

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

**Riesgo relativo:** Una medida resumen la cual representa el índice de riesgo de un evento o resultado (por ejemplo, una reacción adversa a la droga que está siendo probada) en un grupo de

sujetos comparados con otro grupo. Cuando el “riesgo” del evento es el mismo en ambos grupos, el riesgo relativo es uno.

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

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

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

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

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

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

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

**Virus de inmunodeficiencia humana (VIH):** Es el virus causante de la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

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

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Black A, Francoeur D, Rowe T. Canadian Contraception Consensus. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 143, Part I February 2004, Part II March 2004 and Part III April 2004. J Obstet Gynaecol Can 2004; I:143-156, II:219-254, III:347-387.
2. Brechin S, et al. First Prescription of Combined Oral Contraception. Clinical Effectiveness Unit. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care 2006 (Updated January 2007). Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2007.
3. Brechin S, et al. Management of Unscheduled Bleeding in Women Using Hormonal Contraception. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Clinical Effectiveness Unit, May 2009.
4. Brechin S, et al. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception. Green.top Guideline No. 40. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. NHS Evidence. July 2010.
5. CIE-10 clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Publicación científica No. 554. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 2003, EUA.
6. Gynecologic care for women with human immunodeficiency virus. Practice Bulletin No. 117. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2010; 117:1492-1509.
7. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin No. 121. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2011;118:184-96.
8. Management of gynecologic issues in women with breast cancer. Practice Bulletin No. 126. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012; 119:666-82.
9. OMS. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fourth edition, 2009. SHR Reproductive Health and Research. World Health Organization, Geneva, 2012.
10. Patel A et al. Cancer and contraception. SFP Guideline #20121. Society of Family Planning. Research, education, and leadership. Clinical Guidelines. Contraception 86 (2012) 191-198. Release date May 2012.
11. Reid R, et al. Oral Contraceptives and the Risk of Venous Thromboembolism: An Update. SOGC Clinical practice Guideline No. 252, December 2010. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(12):1192-1197.
12. Tepper N, et al. Update to CDC's *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010*: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period. Morbidity and Mortality Weekly Report. July 8, 2011/Vol. 60/No. 26.
13. Wilkinson C, et al. Long-acting reversible contraception. The effective and appropriate use of long-active reversible contraception. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS/NICE). Clinical Guideline 30, October 2005. [www.nice.org.uk/CG030](http://www.nice.org.uk/CG030), Update 2013.

14. Wilkinson C, et al. Long-acting reversible contraception. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2005, revision 2011.

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto de Salud del Estado de Chiapas y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto de Salud del Estado de Chiapas y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de **Hospital de la Mujer** que participó en los procesos de **validación y verificación** su valiosa colaboración en esta guía.

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC-SALUD)

M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Directora General</i>
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dra. Selene Martínez Aldana	<i>Subdirectora de GPC</i>
Dra. Violeta Estrada Espino	<i>Departamento de validación y normatividad de GPC</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Cristobal León Oviedo	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	<i>Coordinadora de guías de ginecología y obstetricia</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Christian Fareli González	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Lic. Enrique Juárez Sánchez	<i>Investigación documental</i>
Dra. Magda Luz Atrián Salazar	<i>Revisión editorial</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector para la gestión de GPC</i>
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	<i>Departamento de coordinación de centros de desarrollo de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de apoyo científico para GPC</i>
Dra. Gilda Morales Peña	<i>Coordinación de avances sectoriales</i>

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### DIRECTORIO SECTORIAL

#### **Secretaría de Salud**

Dra. Mercedes Juan  
*Secretaria de Salud*

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. José Antonio González Anaya  
*Director General*

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias  
*Director General*

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

Lic. Laura Vargas Carrillo  
*Titular del Organismo SNDIF*

#### **Petróleos Mexicanos**

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín  
*Director General*

#### **Secretaría de Marina Armada de México**

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz  
*Secretario de Marina*

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda  
*Secretario de la Defensa Nacional*

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Leobardo Ruíz Pérez  
*Secretario del Consejo de Salubridad General*

### DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

#### **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

Dra. Prudencia Cerón Mireles  
*Directora General*

Dra. Mirella Loustalot Laclette  
*Directora General Adjunta de Salud  
Reproductiva*

Dr. Marco Antonio Olaya Vargas  
*Director de Planificación Familiar*

#### **Instituto de Salud del Estado de Chiapas**

Dr. Carlos Eugenio Ruiz Hernández  
*Secretario de Salud*

Dr. José Trinidad Aceves López  
*Director de Atención Médica*

Dr. Luis Bernardo Elizondo Coutiño  
*Subdirector de Educación y Enseñanza en Salud*

Dr. Jorge Adalberto Luna Espinosa  
*Jefe del Departamento de PROCESS*

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	<b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b> Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
	<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b> Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b> Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
	<b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b> Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	<b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b> General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
	<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b> Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	<b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b> Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b> Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
<b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
	<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b> Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
<b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	Titular
<b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b> Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
	<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b> Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	<b>Directora General de Evaluación del Desempeño</b> Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	<b>Director General de Información en Salud</b> M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Dr. Agustín Lara Esqueda	Titular 2013-2014
<b>Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima</b>	Dr. Juan Lorenzo Ortégón Pacheco	Titular 2013-2014
<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo</b>	Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	Titular 2013-2014
<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Salud de Sinaloa</b>	Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
	<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b> Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b> Dr. Eduardo González Pier	Asesor Permanente
	<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b> Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.</b> Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.</b> Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b> Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b> Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría</b> Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC-Salud</b>	