

AÑO
2023

ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Equipo Directivo

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda
**Subsecretaria de Servicios de Salud
y Aseguramiento**

Fernando Peña Díaz
**Director de Provisión de Servicios
de Salud**

Equipo directivo IETS

Adriana Robayo García
Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González
**Subdirector General y de
Operaciones**

Participantes

Beatriz Helena Guerrero Africani
Profesional Especializada
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Lady Dayan Mateus Mendoza
Profesional Especializada
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Ricardo Durán Arango
Profesional Especializado
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Andrea Paola Villamizar Monroy
Profesional Especializada
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Yaneth Cecilia Girón Bolívar
Profesional Especializada
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Paula Viviana Romero Mayorga
Profesional Especializada
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Luis Gerardo Cano Villate
Profesional Especializado
**Dirección de Provisión de Servicios
de Salud**
Secretaría Distrital de Salud

Derechos morales de autor

Kelly Estrada Orozco
Epidemióloga Clínica
PhDc Salud Pública
Instituto de Investigaciones Clínicas
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Nathalie Ospina Lizarazo
Nutricionista Dietista
Epidemióloga Clínica
Universidad Nacional de Colombia

Natalia Losada Trujillo
Médica Cirujana
Epidemióloga Clínica
Instituto de Investigaciones Clínicas
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Álvaro Javier Burgos Cárdenas
Epidemiólogo Clínico
Subred Integrada de Servicios de
Salud Norte E.S.E
Instituto de Investigaciones Clínicas
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Luis Martin Rodríguez Ortegón
Profesor auxiliar
Departamento de Obstetricia y
Ginecología
Universidad Nacional de Colombia

Yaira Yohanna Pardo Mora
Enfermera y Doctora en Enfermería
Profesora asistente
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Grupo de apoyo del grupo de evaluación de tecnologías y políticas sanitarias

Nelson David González Cadena
Estudiante de X semestre de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Bryan Stiven Gamboa Cárdenas
Estudiante de X semestre de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

María Alejandra Parada Aguilar
Estudiante de X semestre de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este informe.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales de autor de este documento pertenecen única y exclusivamente a la Secretaría Distrital de Salud.

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	1
1.1 Objetivo general	1
1.2 Objetivos específicos	1
2. ALCANCE.....	1
2.1 Preguntas de investigación orientadoras	3
3. MARCO LEGAL	4
4. GLOSARIO.....	13
4.1 Abreviaturas	15
5. GENERALIDADES.....	16
5.1 Marco conceptual.....	16
5.2 Metodología	26
5.3 Lineamiento.....	28
6. ANEXOS.....	74
7. BIBLIOGRAFÍA	297
8. CONTROL DE CAMBIOS	300

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Establecer acciones específicas para orientar la asesoría y suministro de anticoncepción postevento obstétrico y anticoncepción en personas en edad fértil con condiciones crónicas y/o especiales.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar los métodos anticonceptivos más efectivos y seguros para personas en postevento obstétrico y/o personas con condiciones crónicas o especiales que tienen deseo de anticoncepción.
2. Describir los criterios médicos de elegibilidad para los métodos anticonceptivos en personas en postevento obstétrico y/o personas con condiciones crónicas o especiales que tienen deseo de anticoncepción.
3. Establecer lineamientos para la provisión efectiva y oportuna de los métodos anticonceptivos a personas en postevento obstétrico o personas con condiciones crónicas y/o especiales que tienen deseo de anticoncepción.

2. ALCANCE

Un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones (indicaciones) que deben implementarse en una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, orientaciones de manejo y puntos de buena práctica disponibles en las guías de práctica clínica, protocolos, vías/rutas clínicas y demás documentos técnicos relacionados.

Población objeto:

- Personas en edad fértil en postevento obstétrico con deseo de anticoncepción.
- Personas en edad fértil con condiciones crónicas y/o especiales con deseo de anticoncepción.

El grupo desarrollador consideró importante incluir las siguientes condiciones especiales que se configuran en desafíos clínicos para el talento humano en salud encargado de la formulación y suministro efectivo y oportuno de métodos de anticoncepción. Por esta razón, se amplió el alcance a enfermedades crónicas y condiciones especiales, que incluyen:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Condiciones cardio cerebro vasculares metabólicas: diabetes mellitus tipo 1 y 2, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, sobrepeso - obesidad, hipercolesterolemia, antecedente de evento cerebro vascular o infarto agudo de miocardio y antecedente de reemplazo valvular mecánico.
- Enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico.
- Enfermedad tromboembólica venosa: pacientes con diagnóstico activo en tratamiento con anticoagulación o con antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar sin factores de riesgo transitorios (trombosis no provocada y trombofilias con criterios clínicos o con confirmación genética o molecular).
- Enfermedades neoplásicas tanto sólidas como hematológicas.
- Epilepsia o trastornos convulsivos.

La anticoncepción postevento obstétrico, en el contexto del presente lineamiento, es aquella que se provee dentro de las 48 horas siguientes al evento obstétrico o antes del alta hospitalaria (1). Sin embargo, este lineamiento considera otros momentos en los que, de acuerdo con el análisis del contexto, es factible se realice la asesoría y el suministro de métodos de anticoncepción, por ejemplo, durante la consulta postevento obstétrico.

Desde el punto de vista clínico, se han establecido varios escenarios de utilidad en la selección y suministro de los métodos anticonceptivos asociados al postevento obstétrico, que pueden facilitar la decisión sobre cuál método iniciar y sus alternativas de uso. Esos escenarios incluyen los siguientes eventos postevento obstétrico: postparto, postcesarea, posmanejo médico o quirúrgico del aborto, posmanejo del embarazo ectópico, posinterrupción voluntaria del embarazo, posmanejo de la enfermedad trofoblástica gestacional y posmanejo de la muerte fetal *in utero*.

El alcance del presente lineamiento incluyó aspectos relacionados con el enfoque diferencial y equidad de género, dentro de los cuales se incluyeron los siguientes grupos:

- Identidad de género: hombres, mujeres y población perteneciente a los grupos LGBTIQ+.
- Enfoque étnico: población Indígena, gitana o room, raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenque de San Basilio, negro (a), mulato (a), afrodescendiente, afrocolombiano (a) y ningún grupo étnico (5).
- Población migrante.
- Población con discapacidad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Población habitante de calle.
- Población con residencia en áreas urbanas, rurales y centros dispersos.
- Población por momento de curso de vida: infancia y adolescencia con énfasis en menores de 14 años, juventud y adultez (5).
- Población privada de la libertad.
- Ssubgrupos de población con diferentes ocupaciones (actividades sexuales pagadas), religión, nivel de escolaridad, consumidores de sustancias psicoactivas (SPA).

Ámbito de aplicación: el lineamiento está construido para ser aplicado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del componente primario y/o complementario en Bogotá Distrito Capital, incluyendo intervenciones individuales y colectivas de salud en modalidad intramural y extramural.

Usuarios: este lineamiento presentará indicaciones dirigidas a:

- Talento humano en salud que realiza asesoría y suministro de métodos de anticoncepción.
- Especialistas médicos que brindan atención a población con enfermedades crónicas (oncólogos, internistas, endocrinólogos, etc.).
- Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Actores clave: talento humano en salud de los prestadores de servicios de salud del componente primario y/o complementario que operan en Bogotá Distrito Capital, sociedades científicas y universidades.

Este lineamiento no abordará el siguiente aspecto: manejo de los eventos adversos por el uso de métodos anticonceptivos.

2.1 Preguntas de investigación orientadoras

Se propusieron seis preguntas orientadoras preliminares que dieran cuenta de las necesidades identificadas. Posteriormente, las preguntas fueron ajustadas en diferentes espacios de discusión con expertos clínicos, metodólogos de la Universidad Nacional, del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y referentes de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS). Las preguntas acordadas son:

1. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más efectivos y seguros para usar en postevento obstétrico en personas que tienen deseo de anticoncepción?

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

2. ¿Cuáles son los criterios médicos de elegibilidad de método de anticoncepción postevento obstétrico en personas que tienen deseo de anticoncepción?
3. ¿Cuáles son las orientaciones para la provisión efectiva y oportuna de métodos anticonceptivos en personas postevento obstétrico que tienen deseo de anticoncepción?
4. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más efectivos y seguros para usar en personas que presentan alguna condición crónica y/o especial y que tienen deseo de anticoncepción?
5. ¿Cuáles son los criterios médicos de elegibilidad del método de anticoncepción en personas con condiciones crónicas y/o especiales que tienen deseo de anticoncepción?
6. ¿Cuáles son las orientaciones para la provisión efectiva y oportuna de métodos anticonceptivos en personas en edad fértil con condiciones crónicas y/o especiales que tienen deseo de anticoncepción?

Notas aclaratorias de las preguntas orientadoras

Adicionalmente, teniendo en cuenta lo definido en el alcance, es necesario hacer algunas aclaraciones:

- Dado que las búsquedas no se restringen por población, en el caso de encontrarse evidencia relacionada con poblaciones diferenciales, esta evidencia será incluida y reportada en la síntesis teniendo en cuenta los subgrupos correspondientes para sustentar.
- Se realizarán las búsquedas de manera explícita para cada grupo poblacional diferencial y se reportarán los resultados identificados en cada caso. En las situaciones que no se encuentre evidencia para grupos poblaciones diferenciales, de igual manera se reportará este hallazgo.

3. MARCO LEGAL

Ámbito internacional

Se cuenta con documentos que orientan la elección de métodos anticonceptivos:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Tabla 1. Documentos orientadores para la asesoría en métodos de regulación de la fecundidad a nivel internacional

	Año	Autor	Contenido
1	2019	Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.	Ofrece información y asesoría claras y actualizadas para ayudar a los proveedores a satisfacer las necesidades de los usuarios y a fundamentar su elección y uso de anticonceptivos.
2	2018	Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva.	Proporciona orientación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz una vez que se los considera adecuados desde el punto de vista médico.
3	2016	Organización Mundial de la Salud.	Comprenden recomendaciones para el uso de métodos anticonceptivos específicos por parte de mujeres y hombres que tienen ciertas características o condiciones médicas. Las recomendaciones están destinadas a ayudar a los proveedores de atención médica cuando aconsejan a mujeres, hombres y parejas sobre la elección de métodos anticonceptivos.
4	2016	Curtis, KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK.	Abordan un grupo selecto de cuestiones comunes, que pueden resultar controvertidas o complejas, relacionadas con el inicio y el uso de métodos anticonceptivos específicos. Las recomendaciones están destinadas a servir como una fuente de orientación clínica para los proveedores de atención médica y brindar orientación basada en evidencia para reducir las barreras médicas para el acceso y uso de anticonceptivos.

Fuente: elaboración propia

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Ámbito nacional

Se cuenta con los siguientes documentos que orientan la elección de métodos anticonceptivos:

Tabla 2. Marco normativo nacional que orienta la asesoría en métodos de regulación de la fecundidad

	Acto Administrativo	Año	Autor	Contenido
1	Circular 044 de 2022	2022	Ministerio de Salud y Protección Social. Corcho, Carolina.	Brinda instrucciones para fortalecer el acceso efectivo de las mujeres a la atención integral en salud sexual y reproductiva establecida en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal, atendiendo a lo dispuesto por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-055 de 2022.
2	Circular externa 0047 de 2022	2022	Ministerio de Salud y Protección Social. Corcho, Carolina.	Brinda instrucciones para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral en salud de las gestantes y los recién nacidos con el propósito de reducir la mortalidad materna.
3	Sentencia C-055-2022	2022	Corte Constitucional de Colombia	Despenaliza el aborto cuando se realice antes de la semana 24 de gestación. Después de este periodo, se mantienen las 3 causales despenalizadas mediante la sentencia c-355 de 2006, sin límite de tiempo de gestación: i) peligro para la salud o la vida de la mujer; ii) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida; iii) cuando el embarazo sea resultado de una violación, incesto o inseminación no consentida. Igualmente, la sentencia pide al Congreso y al Gobierno Nacional que en el menor tiempo posible formulen una política pública integral que, entre otros elementos, cuente con: divulgación clara de las opciones que tienen las mujeres gestantes durante y después del embarazo; eliminación de cualquier obstáculo para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; insumos para la anticoncepción y la prevención del embarazo no deseado; desarrollo de programas de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Acto Administrativo	Año	Autor	Contenido	
			educación integral para la sexualidad para todas las personas.	
4	Plan Decenal de Salud Pública. 2022-2031 (En construcción)	2022	Ministerio de Salud y Protección Social	Tiene como objetivo orientar la política de salud pública para los próximos 10 años, en el marco de la salud como derecho, el enfoque diferencial de derechos y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud.
5	Lineamiento de gestión poblacional, diferencial y de género de 2021	2021	Alcaldía mayor de Bogotá. Mejía, Leonardo	Su objetivo es promover la participación social en salud, la incidencia y la garantía de derechos de las diversas poblaciones del distrito.
6	Resolución No. 276 de 2019	2019	Ministerio de Salud y Protección Social. Uribe, Juan.	Se modifica la Resolución 3280 de 2018, en lo correspondiente a la transitoriedad y progresividad en la implementación de las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud.
7	Resolución 2626 de 2019. Política de Atención Integral en Salud (PAIS) 2019	2019	Ministerio de Salud y Protección Social. Uribe, Juan.	Modifica la resolución 429 de 2016. Se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAÍS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Tiene como objetivo orientar al sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población garantizando el derecho a la salud de acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
8	Política Nacional de Infancia y Adolescencia - Ruta Integral de Atenciones 2018-2030.	2018	Gobierno de Colombia	Marco de referencia que expone las comprensiones sobre niño, niña y adolescente como un sujeto diverso y titular de derechos, su desarrollo integral, la realización de sus derechos para presentar desde este marco la Ruta Integral de Atenciones de Infancia y Adolescencia, entendida como una herramienta que ayuda a los territorios y entidades a ordenar la gestión intersectorial y sectorial que demanda la atención integral.
9	Resolución 3280 de 2018	2018	Ministerio de Salud y Protección	El objeto es adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Acto Administrativo	Año	Autor	Contenido	
		Social. Gaviria, Alejandro.	Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación. De tal manera que se pueda definir, ordenar e integrar las intervenciones individuales colectivas, poblacionales y acciones de gestión de salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de las personas, familias y comunidades.	
10	Resolución 1904 de 2017	2017	Ministerio de Salud y Protección Social. Gaviria, Alejandro.	Adoptar el reglamento encaminado a garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del sistema general de seguridad social en salud.
11	Resolución 429 de 2016	2016	Ministerio de Salud y Protección Social.	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral de Salud" junto con su anexo técnico el cual atiende de forma integral el derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y seguridad social en salud mediante la regulación de intervenciones de los responsables de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de los diferentes estados en salud.
12	Resolución 3202 de 2016	2016	Ministerio de Salud y Protección Social.	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.
13	Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.	2014	Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia. OIM. UNFPA.	Marco de referencia para el desarrollo de los procesos necesarios en el sector de la salud, para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas y todos los habitantes del territorio nacional en Colombia, para el disfrute de una vida sexual y una vida reproductiva, digna, libre, igualitaria y autónoma.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Acto Administrativo	Año	Autor	Contenido
14 Sentencia C 131 de 2014	2014	Corte Constitucional de Colombia	Norma sobre autorización gratuita y se promueve ligadura de conductos deferentes o vasectomía y ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y maternidad responsable. Preservación del derecho de los jóvenes a fundar una familia y procedimiento especial en casos de menores en condición de discapacidad mental o en riesgo inminente para su vida.
15 Ley 1618 de 2013	2013	Congreso de Colombia	"Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad", se establece que las personas discapacitadas tienen igual derecho al acceso a servicios de salud incluyendo los programas de salud sexual y reproductiva.
16 Ley 1412 de 2010	2010	Congreso de Colombia	Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable. Artículo 7°. Prohibición. en ningún caso se permite la práctica de la anticoncepción quirúrgica a menores de edad.
17 Decreto 2968 de 2010	2010	Presidencia de la República de Colombia	"Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos", con el fin de armonizar políticas orientadas a la formulación e implementación de planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
18 Ley 1346 de 2009	2009	Congreso de Colombia	Por medio de la cual se aprueba la "convención sobre los derechos de las personas con discapacidad", adoptada por la asamblea general de las naciones unidas el 13 de diciembre de 2006. Artículo 25 a) proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Acto Administrativo	Año	Autor	Contenido
			incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.
19 Ley 1232 de 2008	2008	Congreso de Colombia	"Por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones" que establece que el Gobierno Nacional deberá crear mecanismos eficaces para dar protección especial a la mujer cabeza de familia, promoviendo el fortalecimiento de sus derechos dentro de los que se encuentra la ampliación de la cobertura de atención en salud y salud sexual y reproductiva.
20 Ley 1098 de 2006 - Código de la infancia y adolescencia	2006	Congreso de Colombia	Refiere entre las obligaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, establece la de garantizar el acceso gratuito de adolescentes y jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado; la protección especializada y el apoyo prioritario a las madres adolescentes.
21 Sentencia C355 de 2006	2006	Corte Constitucional	Reconoce el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en tres circunstancias específicas: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y c) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.
22 Acuerdo 000293 de 2005	2005	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Establece el estímulo a la oferta de métodos efectivos de planificación familiar para los municipios de mayor vulnerabilidad, cofinanciado proyectos interinstitucionales de intervención que canalicen recursos de los diferentes actores del

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Acto Administrativo	Año	Autor	Contenido
			sistema que garanticen educación y consejería en salud sexual y reproductiva, acceso a servicios clínicos y quirúrgicos de planificación familiar, respeto al consentimiento informado libre para realización de procedimientos para anticoncepción, campañas de tamizaje para detección de cáncer de seno, cervicouterino, testículo y próstata, a través de acciones oportunas de diagnóstico como es el examen de mama, la citología vaginal y finalmente para orientar a mujeres y hombres afectada por estas patologías.
23 Ley 823 de 2003	2003	Congreso de Colombia	Define que el Gobierno Nacional ejecutará acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y salud mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes y así mismo, diseñará y ejecutará programas para dar información responsable de la capacidad reproductiva de la mujer y para preventivamente reducir las tasas de morbilidad y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad.
24 Acuerdo 229 del 17 de mayo de 2002	2002	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	En este se establece actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios dentro de las que se incluyen la promoción de la salud integral en los niños, niñas y adolescentes y la promoción de la salud sexual y reproductiva.
25 Resolución 3384 de 2000	2000	Ministerio de Salud. Ordóñez, Sara	Establece la matriz para la atención en planificación familiar incluyendo programación de actividades para mujeres (consulta de planificación familiar, consulta de control de planificación familiar, aplicación de dispositivo intrauterino, esterilización femenina), y para hombres (consulta de primera vez por medicina general, vasectomía y consulta de control por médico).

Fuente: elaboración propia

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Adicionalmente existen protocolos y lineamientos que sirven como insumo para el desarrollo del presente lineamiento:

- **Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer - 2014:** brinda instrumentos que permitan transformar el rol de la enfermería profesional, en el contexto del sector salud colombiano, y garantizar una ampliación de la cobertura de servicios para las mujeres en edad fértil y en los procesos de su vida reproductiva, con alta calidad de la atención y como contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana.
- **Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años – 2014:** elaborado mediante cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, para garantizar las condiciones de calidad necesarias: oportunidad, acceso, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención institucional a las adolescentes que decidan continuar con su proceso de gestación.
- **Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal – 2017:** el Ministerio de Salud establece las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todas las mujeres, red de cuidado y el recién nacido, durante la etapa preconcepcional, la gestación, el periodo perinatal y el postparto.
- **Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI – 2019:** proporcionan criterios técnicos dirigidos a las instituciones y al personal de salud, respecto a la atención humanizada libre de estigma y discriminación a las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI), conducentes a la garantía del derecho a la salud de estas personas.
- **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 – 3031:** política de estado que busca orientar el que hacer en salud pública del país en los próximos 10 años incluyendo una perspectiva de género que establece consideraciones específicas para la salud pública, lo que significa que los derechos, responsabilidades y oportunidades en salud, no dependen del hecho de haber nacido mujer u hombre, sino de la diversidad que surge de la construcción social identitaria y el ejercicio de derechos con base en la no discriminación.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- **Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2020-2024:** contempla dentro de sus ejes la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos.
- **Circular 0006 de 2015:** “lineamiento para el uso de métodos anticonceptivos no definitivos en la menor de 14 años” (*en proceso de actualización por la Secretaría Distrital de Salud*).

4. GLOSARIO

Anticoncepción: serie de medidas para evitar la fecundidad en mujeres que desean impedir o aplazar una gestación por motivos personales o de salud (2).

Anticoncepción de emergencia: se refiere a los métodos de anticoncepción que pueden usar las mujeres para impedir la gestación después de una relación sexual no protegida (2).

Anticoncepción postevento obstétrico: en el contexto del presente lineamiento, es aquella que se provee dentro de las 48 horas siguientes al evento obstétrico o antes del alta hospitalaria (1). Sin embargo, este lineamiento considera otros momentos en los que de acuerdo con el análisis del contexto es factible se realice la asesoría y suministro de métodos de anticoncepción, por ejemplo, durante la consulta postevento obstétrico.

Atención postparto: incluye control posnatal, persona que atendió el control incluyendo médico/a, enfermero/a, auxiliar, comadrona/partera, otro/a y el lugar de atención entre hospital público, clínica privada o médico particular (3).

Condiciones crónicas y/o especiales: desafíos clínicos para el talento humano en salud encargado de la formulación y suministro efectivo y oportuno de métodos de anticoncepción.

Demanda / necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos: cantidad de mujeres en unión que desean limitar o espaciar sus familias y no están usando método anticonceptivo alguno, con respecto al total de mujeres en unión. Se construye a partir de la información sobre el deseo de fecundidad reportada y el uso actual de métodos anticonceptivos de las mujeres (3).

Derechos reproductivos: se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente la cantidad, espaciamiento y momento de tener hijos (as) y de contar con información y medios para hacerlo, así

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

como de tener el derecho a gozar del máximo estándar de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho universal de tomar decisiones acerca de la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) (3).

Derechos sexuales: se ciñen a derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales acerca de derechos humanos y otros documentos consensuados. Estos incluyen el derecho de las personas a estar libres de coerción, discriminación y violencia; la capacidad de hombres y mujeres de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias; la ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso; el acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/Sida; y el reconocimiento de la independencia entre sexualidad y reproducción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) (3).

Efectividad: la medida en que una intervención específica, cuando se utiliza en circunstancias normales, hace lo que se pretende que haga (4).

Enfoque diferencial: perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares en razón de su edad o etapa del ciclo vital, género, pertenencia étnica, campesina y discapacidad, entre otras, para promover la visibilización de situaciones de vida particulares y brechas existentes, y guiar la toma de decisiones públicas y privadas (5).

Métodos anticonceptivos naturales: para el propósito de este documento incluye: métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad (método de ovulación, sintotérmico, de dos días, de días estándar, del calendario o del ritmo), Método de la amenorrea de la lactancia (MELA) y método de retiro.

Postevento obstétrico: postparto, postcesarea, posmanejo médico o quirúrgico del aborto, posmanejo del embarazo ectópico, posinterrupción voluntaria del embarazo, posmanejo de la enfermedad trofoblástica gestacional y posmanejo de la muerte fetal *in utero*.

Riesgo: es la probabilidad que un evento ocurra. Para este documento, se entiende por riesgo teórico como aquel que está basado en fundamentos teóricos y es plausible biológicamente, aunque puede no estar referido en la literatura; y el riesgo probado como aquel que ha sido documentado.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Seguridad (de una intervención): se refiere a los efectos adversos graves, como los mortales, o aquellos que requieren o prolongan la hospitalización, provocan una discapacidad permanente o causan defectos congénitos (4).

4.1 Abreviaturas

AHC:	Anticoncepción Hormonal Combinada
AMPD:	Acetato de medroxiprogesterona de depósito (en inglés: DMPA)
CDC:	Centers for disease control and prevention
D.C:	Distrito Capital
DIU:	Dispositivo Intrauterino
DIU de cobre:	Dispositivo intrauterino de cobre
DIU- LNG:	Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ETG:	Enfermedad Trofoblástica Gestacional
FAM:	Métodos de conocimiento de la fertilidad (<i>Fertility Awareness Methods</i>)
GPC:	Guías de Práctica Clínica
hCG:	Hormona gonadotropina coriónica
HDL:	High-Density Lipoprotein
IMC:	Índice de Masa Corporal
IMP:	Implante de progestágeno solo
IPi:	Intervalo entre embarazos (<i>Interpregnancy Interval</i>)
IPS:	Institución Prestadoras de Servicios de Salud
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
LARC:	Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés <i>Long Acting Reversible Contraception</i>)
LDL:	Low-Density Lipoprotein
LGBTIQ+:	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales, Queer.
MELA:	Método de Amenorrea por Lactancia
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
POI:	Inyectable de progestágeno solo (<i>Progestogen-Only Injectable</i>)
PPS:	Píldora de progestágeno solo (en inglés: POP)
RSL:	Revisiones sistemáticas de la literatura
SAF:	Síndrome Antifosfolípido

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

SDS:	Secretaría Distrital de Salud
TEV:	Tromboembolismo Venoso
UKMEC:	<i>UK Medical Eligibility Criteria</i>
UPA-EC:	Acetato de ulipristal (para anticoncepción de emergencia)
USMEC:	<i>United States Medical Eligibility Criteria</i>

5. GENERALIDADES

5.1 Marco conceptual

5.1.1 Antecedentes

Para el año 2019, se estimó que aproximadamente 1.100.000.000 de mujeres en el mundo, tenían necesidad de planificar. El 76% de ellas usaban métodos anticonceptivos modernos¹, de acuerdo con la siguiente distribución: esterilización femenina 24%, dispositivo intrauterino 17%, píldoras 16%, condón masculino 21%, inyectables 8%, esterilización masculina 2% y otro tipo de métodos 2% (6). El 7% de las mujeres con necesidad de anticoncepción reportaron usar métodos tradicionales² y el 17% tenían necesidades insatisfechas de planificación familiar, es decir, deseaban evitar una gestación y no utilizaban ningún método anticonceptivo (6).

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 reportó que el 57,8% de las mujeres, entre 13 a 49 años, usaban algún método anticonceptivo moderno (esterilización femenina, esterilización masculina, anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos, inyección trimestral, implantes, condón femenino o método de lactancia y amenorrea), el 3,3% usaba algún método anticonceptivo tradicional (método del ritmo, método del retiro u otro) y el 38,9% no usaba método de anticoncepción (7). Según la encuesta, en Bogotá, el 8,9% de las gestaciones terminaron en pérdidas o abortos espontáneos y el 1,8% terminaron en interrupción o aborto inducido (7).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, en Colombia, la proporción de gestaciones no planeadas fue del 52% (8). Para el año 2008, se presentaron 400.412 abortos inducidos y se estimó una tasa de aborto de 39 casos por 1.000 mujeres en edad reproductiva, representando una de las mayores

¹ Este documento define como métodos modernos: esterilización masculina y femenina, DIU, inyectables, implantes, píldora anticonceptiva oral, condón masculino.

² Incluyen método de ritmo y método de retiro.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

tasas en Latinoamérica y el Caribe (9). Para el mismo año, la tasa de aborto en Bogotá fue de 66 casos por 1.000 mujeres en edad reproductiva, siendo la tasa más alta a nivel nacional (9).

En Colombia, 115.275 mujeres fueron atendidas en servicios de salud debido a complicaciones derivadas del aborto espontáneo (21.939 mujeres) o inducido (93.336 mujeres). La tasa de atención médica a causa de complicaciones del aborto inducido fue de 9,1 casos por 1.000 mujeres en edad reproductiva. (9).

En Bogotá, para el mismo 2008, 28.023 mujeres fueron atendidas en servicios de salud debido a complicaciones derivadas del aborto espontáneo (4.095 mujeres) o inducido (23.928 mujeres). La tasa de atención médica por aborto inducido a nivel distrital fue de 13.4 casos por 1.000 mujeres en edad reproductiva (9).

Según los datos del Instituto Nacional de Salud (INS), en Colombia, para el año 2020, el 3,9% de todas las gestaciones presentaron condiciones asociadas con a morbilidad materna extrema, representando una razón de 39,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos; en Bogotá esta razón fue de 65,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos (10). Para el año 2021, se presentaron 2.321 casos a nivel nacional, correspondiendo 346 a la ciudad de Bogotá D. (11), con una razón de de morbilidad materna extrema de 48,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos (12).

Según los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre el año 2009 y 2020 a nivel nacional, la Mortalidad Materna Total (MM total) osciló entre 386 y 625 muertes (13). Según el INS, en el año 2021, se presentaron 661 muertes maternas en Colombia, de las cuales 485 correspondieron a casos de mortalidad materna temprana, 134 a mortalidad materna tardía y 42 por causas coincidentes, representando una razón de mortalidad materna de 78,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y en Bogotá, una razón de mortalidad materna de 64,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (11). A la semana epidemiológica 47 del año 2022, en Colombia se notificaron 235 casos de muertes maternas tempranas, 108 muertes maternas tardías y 49 muertes por causas coincidentes, representando una razón nacional de mortalidad materna de 42,8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y a nivel distrital una razón de mortalidad materna de 34,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (14).

5.1.2 Métodos anticonceptivos

A continuación, se presentan los porcentajes de embarazo no deseado con uso típico y uso perfecto para cada uno de los métodos anticonceptivos disponibles, y sus mecanismos de acción.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Tabla 3. Porcentaje de embarazo no deseado con uso típico y uso perfecto para cada uno de los métodos anticonceptivos disponibles, y sus mecanismos de acción

Métodos anticonceptivos	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?	
Métodos anticonceptivos hormonales Anticonceptivos hormonales combinados	Anticonceptivos orales combinados	0,3%	7-9%	Los anticonceptivos orales combinados son píldoras que contienen 2 hormonas, una progestina y un estrógeno, cuya función es evitar la ovulación. Deben ser ingeridas diariamente vía oral, por lo cual se recomienda su uso a dosis bajas de ≤ 35 microgramos de etinilestradiol combinado con progestágeno (15).
	Parche anticonceptivo combinado	0,3%	7-9%	El parche anticonceptivo combinado es un cuadrado de plástico que se adhiere al cuerpo y debe ser cambiado cada semana por 3 semanas y a la cuarta semana no realizar uso de éste. Este dispositivo libera permanentemente una progestina y un estrógeno a través de la piel hacia el torrente sanguíneo y su función principal es prevenir la ovulación (16).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Métodos anticonceptivos	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?	
Anillo vaginal anticonceptivo combinado	0,3%	7-9%	Es un anillo flexible que la mujer introduce en el canal vaginal, el cual libera permanentemente una progestina y un estrógeno. El anillo dura 3 semanas, se retira y a los siete días se introduce un nuevo anillo (16). Este dispositivo evita que se produzca la ovulación (16)	
Anticonceptivos inyectables combinados	0,05%	3%	Los anticonceptivos inyectables combinados contienen una progestina y un estrógeno, los cuales se aplican mensualmente para prevenir la ovulación (16).	
Anticonceptivos de sólo progestágeno	Píldora de progestágeno solo	0,3%	7-9%	La píldora de progestina ofrece algunas opciones como el levonorgestrel, el desogestrel y la drospirenona entre otros; requiere su administración por vía oral. Se encarga de evitar la ovulación y hacer el moco cervical más espeso para evitar la fecundación. Entre los efectos secundarios que puede presentar la mujer con este método de anticoncepción son: alteraciones en la menstruación, cefalea, náuseas y cambios de estado de ánimo (16).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Métodos anticonceptivos	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel	0,05%	0,05%	Son implantes son varillas plásticas flexibles que se ubican vía subcutánea en la parte superior del brazo, liberan una progestina y no contiene estrógeno, con una duración de 3 a 5 años, según el tipo de implante (16). Se encargan de espesar el moco cervical, evitan la ovulación y suprimen la actividad cíclica endometrial para evitar la fecundación (16–19).
Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito	0,2%	4%	Son inyectables que sólo contienen progestina, no contienen estrógeno. Se aplican vía intramuscular o subcutánea cada 2 o cada 3 meses, cuya función es evitar la ovulación y aumentar el espesor del moco cervical, para evitar la fecundación (16).
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<1% para las píldoras anticonceptivas de urgencia con acetato de ulipristal 1% para las que contienen progestágeno solo		Son usadas posterior a tener un encuentro sexual sin uso de algún método de anticoncepción Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman lo antes posible hasta 5 días después del sexo sin protección (16).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Métodos anticonceptivos	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?
	2% para las combinadas que contienen estrógeno y progestágeno		Se recomienda su uso dentro de las primeras 48 horas luego de la relación sexual sin protección y luego de este lapso de tiempo, su eficacia disminuye de manera relevante.
Dispositivos intrauterinos	Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel	0,2 - 0,5%	0,2- 0,7%
			Es un dispositivo de plástico en forma de T que libera de manera controlada y permanente una cantidad de levonorgestrel día a día. Existen 3 versiones: El de levonorgestrel de 52 mg, que puede utilizarse hasta por 6 años: el de levonorgestrel de 19,5 mg, que puede utilizarse hasta por 5 años y el de levonorgestrel de 13,5 mg, que puede utilizarse hasta por 3 años. Este dispositivo espesa el moco cervical para evitar la fecundación (16), adicionalmente disminuye los receptores de estrógenos y progesterona en el endometrio, haciendo que el endometrio sea insensible al estradiol circulante, sumado a su efecto antiproliferativo (20).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Métodos anticonceptivos		Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?	
Métodos anticonceptivos no hormonales	Dispositivos intrauterinos	Dispositivo intrauterino de cobre	0,6%	0,8%	Es un dispositivo de cobre de ubicación intrauterina, con un marco de plástico pequeño y flexible con cobre alrededor, con uno o dos hilos que van del cuello uterino hasta el canal vaginal, cuya función es evitar una gestación a largo plazo. Produce un cambio químico que afecta el semen y evita la fecundación. Puede producir cambios en la menstruación, enfermedad inflamatoria pélvica, perforación uterina e infecciones vaginales (16).
	Métodos de barrera	Preservativo femenino y masculino	Femenino: 5% Masculino: 2%	Femenino: 21% Masculino: 13-18%	Forma una barrera que impide la unión de los espermatozoides con el óvulo (21).
		Espermicida	16-18%	28%	Son sustancias que se aplican en el fondo del canal vaginal previo al encuentro sexual que matan los espermatozoides (16).
		Diafragma	6%	12%	Es una copa de látex, plástico o silicona que cubre el cuello uterino y evita la fecundación (16).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Métodos anticonceptivos	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?
Métodos naturales Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad	método de ovulación: 3% método sintotérmico: 0,4% método de dos días: 4% método de días estándar: 5% método del calendario o método del ritmo: no se dispone de tasas de eficacia fiables	método sintotérmico: 2% método de dos días: 14% método de días estándar: 12% método del calendario o método del ritmo: 15%	<p>Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles (21). Se basan en el conocimiento de la fertilidad, permiten identificar los días fértiles del ciclo menstrual y así evitar relaciones sexuales durante estos días. Entre estos métodos se encuentran (15):</p> <p><i>Métodos basados en síntomas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Método del moco cervical o método de la ovulación, y el método de los dos días, los cuales evalúan el moco cervical. -Método sintotérmico: realiza una verificación doble basado en la evaluación del moco cervical para determinar el primer día fértil y para determinar el último día fértil utiliza la evaluación del moco cervical y de la temperatura corporal de la mujer (15,16). <p><i>Métodos basados en el calendario</i>, que consisten en evitar tener relaciones sexuales sin protección de los días 8 al 19 del ciclo menstrual (15):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Método del ritmo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Métodos anticonceptivos		Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?	
				-Método de los días estándar	
	Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)	0,9% (en seis meses)	2% (en seis meses)	Evita la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación) (21). Usado en las mujeres que están en periodo de amenorrea postparto, , con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, durante un periodo máximo de seis meses luego del parto (15).	
	Método de retiro	4%	20%	El hombre evita que se produzca la eyaculación en el canal vaginal evitando que haya fecundación (15).	
Métodos definitivos	Método definitivo:	Ligadura de trompas*	0.5%	0.5%	*Se impide el paso a los óvulos para su unión con los espermatozoides (21).
	Esterilización quirúrgica	Vasectomía**	0.1%	0.15%	**Se impide la liberación de espermatozoides en la eyaculación (21).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Métodos anticonceptivos	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso perfecto (de forma constante y correcta)	Porcentajes de mujeres que experimentaron una gestación no deseada en el primer año de uso típico (cuando se usa de forma habitual)	¿Cómo funciona?
-------------------------	---	---	-----------------

Fuente: elaboración propia a partir de (15–19,21).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Cuando la persona presenta comorbilidades (hipertensión arterial, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cardíaca valvular, enfermedad cerebro vascular, diabetes, entre otras), que pueden asociarse con mayor riesgo de desenlaces negativos, en el caso de un embarazo no deseado, las decisiones sobre los métodos anticonceptivos son cruciales (22).

De igual manera, algunas patologías como la diabetes, la hipertensión y el asma son consideradas factores de riesgo para desenlaces perinatales indeseables, como abortos espontáneos, malformaciones congénitas, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, preeclampsia, deterioro renal y, en casos agudos graves, muerte materna y/o fetal (23).

Por otro lado, ante el contexto clínico de postevento obstétrico se deben tener en cuenta consideraciones adicionales para la elección de un método anticonceptivo efectivo y seguro. Dentro de los aspectos por considerar frente al método de anticoncepción a escoger, por ejemplo en el puerperio inmediato, se describen los efectos sobre la producción de leche materna, el riesgo aumentado de eventos tromboembólicos (p. ej. En caso de los métodos hormonales), posibles cambios anatómicos y fisiológicos (en el caso de métodos de barrera y naturales, respectivamente), estilos de vida (como el rápido retorno a la vida laboral puede ser limitante para el caso de MELA), entre otros (24).

5.2 Metodología

La descripción completa de la metodología se encuentra disponible en el Anexo 1. El desarrollo del presente lineamiento incluyó las siguientes fases:

- **Construcción de preguntas de investigación orientadoras del lineamiento:** a lo largo de encuentros entre los referentes de la Ruta Integral de Atención en Salud del grupo de riesgo materno perinatal de la Secretaría Distrital de Salud, y el grupo desarrollador del IETS, se consensuaron el alcance inicial y las preguntas de investigación, las cuales fueron validadas en una reunión con la participación de expertos clínicos de la Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. de Bogotá Distrito Capital, epidemiólogos del grupo desarrollador, entre otros y en la cual se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas.
- **Búsqueda y selección de la evidencia:** para identificar los estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas de investigación orientadoras

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS. Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cochrane y LILACS.

También se realizó la búsqueda de literatura gris. Se llevó a cabo una búsqueda general para identificar las Guías de Práctica Clínica (GPC) publicadas durante los últimos cinco años, otra búsqueda para identificar las revisiones sistemáticas de la literatura (RSL) y una última para identificar consensos y documentos de posición, con metodología de desarrollo explícita sobre el tema. Estos últimos se incluyeron de acuerdo con la disponibilidad de información identificada en un mapeo de referencias de documentos relevantes en el tema y a partir de los resultados de las búsquedas iniciales. Se presentaron los algoritmos de búsqueda que fueron utilizados en cada base de datos, se realizaron los respectivos diagramas de flujo de las diferentes búsquedas, así como la tamización y selección de la evidencia, y se presentaron los listados de documentos incluidos y excluidos.

- Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos:** las GPC seleccionadas se calificaron respecto a su calidad metodológica en la plataforma del instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II). Este instrumento califica las guías teniendo en cuenta seis dominios. Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que alcanzaron mínimo el 60 % tanto en el dominio tres, de rigor de desarrollo metodológico, como en el dominio seis, de independencia editorial. En caso de encontrarse RSL, se calificaron con el instrumento *Risk of Bias of Systematic Reviews* (RoBIS), que clasifica estos estudios de acuerdo con el riesgo de sesgo, como bajo, poco claro y alto. Se incluyeron las revisiones sistemáticas con riesgo de sesgo bajo. En las revisiones sistemáticas, además se calificó la certeza de la evidencia para cada uno de los hallazgos reportados mediante la plataforma de la herramienta *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), de tal manera que la evidencia fue clasificada como alta, moderada, baja y muy baja.
- Síntesis de la evidencia:** a partir de las referencias seleccionadas, se resumió la evidencia que da respuesta a cada una de las preguntas de investigación orientadoras.
- Definición del lineamiento:** inicialmente, el grupo desarrollador, con base en la mejor evidencia disponible y la experiencia del experto clínico del grupo desarrollador, organizó la información que se consideró relevante y formuló lineamientos preliminares para cada pregunta. Estos lineamientos preliminares se presentaron en una reunión de consenso formal, en la cual participaron expertos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

clínicos, representantes de las sociedades científicas y demás actores que serán impactados por el lineamiento. Luego de discusiones clínicas entre los asistentes sobre el lineamiento y después de incluir todos los ajustes que sean considerados pertinentes por los asistentes, se llevarán a votación en una escala de acuerdo de 1 a 9. Se considerará que hay consenso para el lineamiento de cada pregunta cuando la mediana de la votación esté entre 7 y 9.

5.3 Lineamiento

A continuación, se presentan los lineamientos elaborados a partir de la evidencia obtenida. Primero se presentan los lineamientos relacionados a postevento obstétrico basados en la guía *Contraception after pregnancy de FSRH* y *Abortion Care de NICE(25,26)* y en un segundo componente, lo concerniente a condiciones crónicas y /o especiales.

Postevento obstétrico

Pregunta orientadora 1.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más efectivos y seguros para usar en postevento obstétrico en personas que tienen deseo de anticoncepción?

Efectividad y seguridad

- Es importante que los lineamientos relacionados con la efectividad y seguridad de los métodos anticonceptivos se correlacionen con los descritos en las preguntas relacionadas con criterios médicos de elegibilidad y orientaciones para la provisión efectiva y oportuna, dado que hay información relevante complementaria que es esencial para indicar el uso correcto de los diferentes métodos.

Postparto o postcesárea

- Informe a las personas sobre la eficacia de los diferentes métodos disponibles. Puede resaltar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés): inyectables de progestágeno solo, dispositivo intrauterino de cobre, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel E implante de progestágeno solo (Ver Tabla 4).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Tabla 4. Porcentaje de mujeres que experimentan un embarazo no deseado dentro del primer año de uso típico y perfecto

Método	Uso típico* (%)	Uso perfecto* (%)
Sin método	85	85
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24	0.4–5
Diafragma femenino	12	6
Condón masculino	18	2
Anticoncepción hormonal combinada**	9	0.3
Píldoras de progestágeno solo	9	0.3
Inyectables de progestágeno solo	6	0.2
Dispositivo intrauterino de cobre	0.8	0.6
Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel	0.2	0.2
Implante de progestágeno solo	0.05	0.05
Esterilización femenina	0.5	0.5
Vasectomía	0.15	0.1

*Las tasas de embarazo durante el uso típico muestran qué tan efectivos son los diferentes métodos durante el uso real (incluido el uso inconsistente o incorrecto).

Las tasas de embarazo durante el uso perfecto muestran cuán efectivos pueden ser los métodos, donde el uso perfecto se define como seguir las instrucciones de uso.

**Incluye anticonceptivo oral combinado, parche transdérmico y anillos vaginales. Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada se han resaltado en gris.

Fuente: FSRH, 2020 (modificado de Trussell, 2011) (25)

- Aunque no se requiere de anticoncepción los primeros 21 días después del nacimiento, indique que la mayoría de los métodos son seguros para ser iniciados inmediatamente después del parto/postcesarea, con excepción de la anticoncepción hormonal combinada (AHC).

Anticonceptivos hormonales combinados

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Informe que la evidencia es limitada con relación al efecto de AHC en la lactancia. Aunque se menciona con frecuencia que se produce disminución en la producción de leche por la interacción del estrógeno con los niveles de prolactina, la evidencia disponible hasta el momento no reporta efectos adversos sobre el rendimiento de la lactancia ni sobre el crecimiento y desarrollo del lactante.

Anticonceptivos de sólo progestágeno

- Informe que la evidencia disponible con relación al efecto de anticonceptivos con progestágeno solo (implante o inyectable o píldora de progestágeno solo o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel) no reporta efectos adversos sobre la lactancia ni sobre el crecimiento y desarrollo del lactante.

Píldoras anticonceptivas de emergencia

- Considere seguro usar levonorgestrel oral 1,5 mg y el acetato de ulipristal después de los 21 días siguientes al nacimiento.
- Informe que la evidencia es limitada con relación al efecto de levonorgestrel para anticoncepción de emergencia y que no se reportan efectos adversos sobre la lactancia ni el infante.
- En personas que lactan, indique que al tomar acetato de ulipristal (para anticoncepción de emergencia) deben suspender la lactancia, extraer la leche y desecharla durante una semana posterior a la ingesta del medicamento.

Métodos de barrera

- El preservativo/condón puede usarse de manera segura después del nacimiento.

Métodos naturales

- En el caso que la persona considere métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, explique que su efectividad puede verse afectada, pues su uso resulta difícil dado que los signos y síntomas de fertilidad y ovulación no son fácilmente detectables después del nacimiento.
- Las personas que no amamantan deben tener en cuenta que los signos y síntomas de fertilidad o cambios hormonales podrían volver a ser detectables después de 4 semanas posteriores al nacimiento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) podría aconsejarse hasta 6 meses después del parto si la mujer está en amenorrea y con lactancia materna exclusiva (implica ofrecer el pecho al bebé con intervalos máximo de 3-4 horas o a libre demanda, ya que es la manera de garantizar niveles de prolactina elevados que interfieren con la ovulación). Es importante explicar que el riesgo de embarazo aumenta:
 - Si se disminuye la frecuencia de la lactancia: intervalos mayores a 4 horas o interrupción durante la noche.
 - Si se inicia alimentación complementaria, extracción manual de leche o uso de chupetes o
 - Si la mujer vuelve a tener su menstruación o
 - A partir de los 6 meses postparto/postcesarea.

Esterilización quirúrgica

- La esterilización femenina es una alternativa permanente de anticoncepción, segura y las distintas técnicas usadas son eficaces (clips de Filshie, técnica de Pomeroy modificada, técnica de Irving, técnica de Ushida, técnica de Parkland, fimbriectomía o salpinguectomía).
- Puede manifestar a la persona que algunos LARC tienen una efectividad cercana a la esterilización y que estos podrían traer otros beneficios no anticonceptivos. Sin embargo, es importante no ejercer presión por la elección de LARC frente a la esterilización.

Postaborto

- Informe a las personas sobre la eficacia de los diferentes métodos disponibles. Puede resaltar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC): inyectables de progestágeno solo, dispositivo intrauterino de cobre, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, implante de progestágeno solo (Ver Tabla 4).
- Tenga en cuenta que cualquier método puede iniciarse de manera segura inmediatamente después de un aborto sin complicaciones.
- Informe que quienes eligen LARC tienen menor probabilidad de tener otro aborto en los próximos 2 años, en comparación con quienes usan otros métodos o no usan anticoncepción.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- La anticoncepción intrauterina y la inserción de implante de progestágeno solo, inmediatamente después del aborto, son métodos muy aceptables y se asocian con mayor adherencia y menor riesgo de embarazo no deseado, en comparación a cuando la provisión de estos métodos se retrasa.
- Informe que puede haber beneficios adicionales como la reducción de sangrado uterino o de la dismenorrea, en caso de considerar el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

Esterilización quirúrgica

- Considere segura la esterilización como método de anticoncepción permanente después de un aborto.
- Puede manifestar a la persona que algunos LARC tienen una efectividad cercana a la esterilización y que estos podrían traer otros beneficios no anticonceptivos. Sin embargo, es importante no ejercer presión por la elección de LARC frente a la esterilización.

Métodos de barrera

- El preservativo/condón puede usarse de manera segura después del aborto.

Métodos naturales

- En el caso que la persona considere métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, explique que su uso puede ser difícil dado que los signos y síntomas de fertilidad y ovulación no son fácilmente detectables después del aborto.

Postembarazo ectópico

- Informe a las personas sobre la eficacia de los diferentes métodos disponibles; puede resaltar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC): inyectables de progestágeno solo, dispositivo intrauterino de cobre, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, implante de progestágeno solo (Ver Tabla 4).
- Explique que el riesgo de un embarazo ectópico es muy bajo con el uso de anticonceptivos y dicha probabilidad es menor con el uso de LARC.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Explique que en el caso que se produzca un nuevo embarazo con un DIU *in situ*, el riesgo de que éste sea embarazo ectópico es mayor y debe buscar atención médica lo antes posible para su confirmación.
- En el caso que se produzca un nuevo embarazo, posterior a una oclusión tubárica, el riesgo de que sea embarazo ectópico es mayor y debe buscar atención médica lo antes posible para su confirmación.
- Tenga en cuenta que cualquier método puede iniciarse de manera segura inmediatamente después del manejo del embarazo ectópico (ya sea intervención quirúrgica o farmacológica), incluyendo la anticoncepción de emergencia.
- Puede extrapolar las consideraciones específicas que se realizan para cada método anticonceptivo de la sección de aborto en el caso de embarazo ectópico, dado que la evidencia directa para este último es limitada.

Postenfermedad trofoblástica gestacional

- Informe a las personas sobre la eficacia de los diferentes métodos disponibles. Puede resaltar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC): inyectables de progestágeno solo, dispositivo intrauterino de cobre, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, implante de progestágeno solo (Ver Tabla 4).
- Tenga en cuenta que todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse de manera segura inmediatamente después del tratamiento para enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) exceptuando los dispositivos intrauterinos.
- Explique que no hay evidencia de que el uso de alguno de los métodos anticonceptivos incremente el riesgo de un nuevo episodio de ETG.

Esterilización quirúrgica

- Considere segura la esterilización como método de anticoncepción permanente después del tratamiento de ETG.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Puede manifestar a la persona que algunos LARC tienen una efectividad cercana a la esterilización y que estos podrían traer otros beneficios no anticonceptivos. Sin embargo, es importante no ejercer presión por la elección de LARC frente a la esterilización.

Métodos de barrera

- El preservativo/condón puede usarse de manera segura después del tratamiento de ETG.

Métodos naturales

- En el caso de que la persona considere métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, explique que su uso puede ser difícil dado que los signos y síntomas de fertilidad y ovulación no son fácilmente detectables después del tratamiento de ETG.

Interrupción voluntaria del embarazo

- En el caso de muerte fetal o interrupción voluntaria del embarazo por encima de la semana 24, extrapole los lineamientos para la selección del método anticonceptivo en postparto.
- En el caso de interrupción voluntaria de embarazo por debajo de las 24 semanas extrapole los lineamientos para la selección del método anticonceptivo en postaborto.

Pregunta orientadora 2.

¿Cuáles son los criterios médicos de elegibilidad para el método de anticoncepción en personas postevento obstétrico que tienen deseo de anticoncepción?

Criterios médicos de elegibilidad

Existen algunas condiciones médicas que están asociadas con un potencial aumento en los riesgos para la salud con el uso de ciertos métodos anticonceptivos. A continuación, se relacionan los criterios clínicos que deben tenerse en cuenta para

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

elegir un método anticonceptivo frente a dichas condiciones, en personas que se encuentran en el periodo posterior a alguno de los eventos obstétricos descritos.

Los criterios de elegibilidad se representan mediante un código de color que se indica a continuación:

Tabla 5. Categorías de clasificación de criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos

Categoría 1	Una condición para la cual no hay restricción para el uso del método. Considere el uso de este método como primera elección.
Categoría 2	Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados. En caso de que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, podría considerar el uso del método con esta clasificación.
Categoría 3	Una condición en la que los riesgos teóricos o probados suelen superar las ventajas de utilizar el método. La provisión de un método requiere el juicio clínico de expertos y/o la derivación a un proveedor especialista en anticonceptivos, ya que por lo general no se recomienda el uso del método a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.
Categoría 4	Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método.

Fuente: tomado y adaptado de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (UKMEC) del Reino Unido (25,27).

Tenga en cuenta que pueden existir varias condiciones o antecedentes clínicos que limiten el uso de algunos anticonceptivos, en ese caso, priorice la restricción más estricta, es decir aquella que potencialmente implique mayor riesgo en la salud.

Postparto/postcesárea

- Luego del nacimiento, debe evaluarse el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). Los factores de riesgo incluyen: inmovilidad, transfusión en el momento del parto, índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², hemorragia postparto, postcesarea, preeclampsia o tabaquismo. Esto se aplica ya sea que estén

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

ofreciendo lactancia o no. Revise todos los lineamientos ya que se especifican de acuerdo con la presencia o no de estos factores de riesgo.

A continuación, se presentan criterios médicos de elegibilidad para tener en cuenta al momento de seleccionar el método anticonceptivo en postparto/postcesarea, acorde a lo establecido en la tabla 5:

Tabla 6. Criterios médicos de elegibilidad para el método de anticoncepción en personas en postparto/postcesarea

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad	Observaciones
Anticonceptivos hormonales combinados	Considere el uso de anticonceptivos hormonales combinados en: -Mujeres lactantes en postparto ≥ 6 meses. -Mujeres no lactantes en postparto ≥ 6 semanas.	*En presencia de otros factores de riesgo de TEV, como inmovilidad, transfusión en el momento del parto, índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ² , hemorragia postparto, postcesarea, preeclampsia o tabaquismo, el uso de AHC puede suponer un aumento adicional del riesgo para TEV.
	En el caso que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, podría considerar el uso de anticonceptivos hormonales combinados en las siguientes condiciones: -Mujeres en postparto ≥ 6 semanas a < 6 meses con lactancia materna exclusiva -Mujeres no lactantes en postparto entre 3 a < 6 semanas sin otros factores de riesgo	
	Si no es factible la elección de un método sin restricción o que generalmente supere los riesgos teóricos probados (categorías 1 o 2), y considera uso de anticonceptivos hormonales combinados, remita a un especialista (ginecólogo/obstetra) en las siguientes condiciones: -Postparto en mujeres no lactantes de 0 a < 3 semanas sin otros factores de riesgo -Postparto en mujeres no lactantes de 3 a < 6 semanas con otros factores de riesgo de TEV*	
	No usar anticonceptivos orales combinados en las siguientes condiciones: -Mujeres lactantes en postparto entre 0 a < 6 semanas -Mujeres no lactantes en postparto entre 0 a < 3 semanas con otros factores de riesgo de TEV* El uso de anticonceptivos hormonales combinados	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad	Observaciones
	representa un riesgo inaceptable para la salud en las anteriores condiciones.	
Anticonceptivos de sólo progestágeno (Píldora de progestágeno solo)	<i>Píldora de progestágeno solo</i> Considere el uso de la píldora de progestágeno solo en postparto, en mujeres lactantes y no lactantes, con o sin otros factores de riesgo de TEV*. *En presencia de otros factores de riesgo de TEV como inmovilidad, transfusión en el momento del parto, índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ² , hemorragia postparto, postcesarea, preeclampsia o tabaquismo.	
Anticonceptivos de sólo progestágeno (Implantes de progestágeno solo)	<i>Implantes de progestágeno solo</i> Considere el uso del implante de progestágeno solo en postparto, en mujeres lactantes y no lactantes, con o sin otros factores de riesgo de TEV*	*En presencia de otros factores de riesgo de TEV, como inmovilidad, transfusión en el momento del parto, índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ² , hemorragia postparto, postcesarea, preeclampsia o tabaquismo.
Anticonceptivos de sólo progestágeno (Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito)	<i>Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito</i> Considere el uso del acetato de medroxiprogesterona de depósito en las siguientes condiciones: - Postparto ≥ 6 semanas (en mujeres lactantes y no lactantes) - Postparto >3 y < 6 semanas (en mujeres no lactantes) sin otros factores de riesgo. En el caso que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, podría considerar el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito en las siguientes condiciones: -En mujeres lactantes en postparto de 0 a <6 semanas -En mujeres no lactantes en postparto de 0 a <3 semanas (con o sin otros factores de riesgo de TEV*) -En mujeres no lactantes en postparto de 3 a <6 semanas con otros factores de riesgo de TEV* Nota: tenga en cuenta que hay preocupaciones teóricas con el uso de este método asociado a un	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad	Observaciones
	mayor riesgo de TEV, en comparación con otros métodos de progestágeno solo.	
Píldoras anticonceptivas de emergencia	Considerar las píldoras anticonceptivas en personas que han tenido relaciones sexuales sin protección a partir de los 21 días siguientes al parto. Se considera que no son necesarias antes**.	
Dispositivos intrauterinos (Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel)	Considere el uso del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres lactantes o no lactantes en postparto/postcesarea entre 0 a <48 horas y ≥4 semanas.	
	Si no es factible la elección de un método sin restricción o que generalmente supere los riesgos teóricos probados (categorías 1 o 2), y considera el uso del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres lactantes o no lactantes en postparto/postcesarea entre 48 horas a <4 semanas, remita a un especialista (ginecólogo/obstetra).	
	No usar el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres lactantes o no lactantes en postparto/postcesarea con sepsis postparto.	
Dispositivos intrauterinos (Dispositivo intrauterino de cobre)	Considere el uso del dispositivo intrauterino de cobre en mujeres lactantes o no lactantes en postparto/postcesarea entre 0 a <48 horas y ≥4 semanas.	
	Si no es factible la elección de un método sin restricción o que generalmente supere los riesgos teóricos probados (categorías 1 o 2), y considera el uso del dispositivo intrauterino de cobre en mujeres lactantes o no lactantes en postparto/postcesarea entre 48 horas a <4 semanas, remita a un especialista (ginecólogo/obstetra).	
	No usar el dispositivo intrauterino de cobre en mujeres lactantes o no lactantes en postparto/postcesarea con sepsis postparto.	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

**Punto de buena práctica del GDG de la GPC fuente.

Fuente: adaptado de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

Otras consideraciones

A continuación, se presentan otras consideraciones clínicas para tener en cuenta al momento de elegir el método anticonceptivo en postparto/postcesarea, acorde a lo establecido en la tabla 5:

Tabla 7. Otras consideraciones para la elección del método de anticoncepción en personas en postparto/postcesarea

Otras consideraciones	Se debe indagar sobre cualquier característica o condición médica existente (incluyendo antecedentes de enfermedades en la gestación) que pueda afectar la elección de los métodos anticonceptivos.	
	Considere el uso de dispositivo intrauterino de cobre, inyectable de progestágeno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito**); implante de progestágeno solo; sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; píldora de progestágeno solo) en mujeres en postparto que tuvieron antecedentes de presión arterial alta* durante el embarazo o antecedentes de colestasis (relacionada con el embarazo) o diabetes (antecedentes de enfermedad gestacional).	*En el caso de antecedentes de presión arterial alta, se debe tener en cuenta que la presión arterial actual sea medible y normal. **En el caso del acetato de medroxiprogesterona de depósito tenga precaución en las situaciones especiales que puedan implicar un riesgo tromboembólico o cardiovascular.
	Considere el uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres en postparto que tuvieron antecedentes de diabetes gestacional, teniendo en cuenta las características mencionadas en los lineamientos anteriormente descritos.	Hay preocupaciones teóricas con el uso de este método asociado a un mayor riesgo de TEV, en comparación con otros métodos de progestágeno solo.
	En el caso que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, podría considerar el uso de anticonceptivos hormonales combinados, en mujeres en postparto que tuvieron antecedentes de presión arterial alta* durante el embarazo o antecedentes de colestasis (relacionada con el embarazo).	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Fuente: adaptado de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

Postaborto

- Tenga en cuenta que cualquier método puede iniciarse de manera segura inmediatamente después de un aborto sin complicaciones (incluyendo la anticoncepción de emergencia y la esterilización).

A continuación, se presentan criterios médicos de elegibilidad para tener en cuenta al momento de seleccionar el método anticonceptivo en postaborto, acorde a lo establecido en la tabla 5:

Tabla 8. Criterios médicos de elegibilidad para el método de anticoncepción en personas en postaborto

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad
Anticonceptivos hormonales combinados y anticonceptivos de sólo progestágeno	Evite el uso de AHC en casos de pérdida gestacional recurrente hasta que descarte el síndrome antifosfolípido (SAF) (Ver otras consideraciones al final del apartado).
	Considere el uso de implante de progestágeno solo, acetato de medroxiprogesterona de depósito, píldora de progestágeno solo o anticonceptivos hormonales combinados en las siguientes condiciones: -En postaborto ya sea que este tuviera lugar al primer o segundo trimestre -Con sepsis postaborto
Dispositivos intrauterinos	Considere el uso de dispositivo intrauterino de cobre o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres en postaborto en el primer trimestre.
	En el caso que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, podría considerar el uso del dispositivo intrauterino de cobre o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en postaborto en el segundo trimestre.
	No usar el dispositivo intrauterino de cobre o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres con sepsis postaborto.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Fuente: Adaptado de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

Otras consideraciones

A continuación, se presentan otras consideraciones clínicas para tener en cuenta al momento de elegir el método anticonceptivo en postaborto, acorde a lo establecido en la tabla 5:

Tabla 9. Otras consideraciones para la elección del método de anticoncepción en personas en postaborto

<p>Otras consideraciones</p> <p>En relación con el síndrome antifosfolípido o presencia de mutaciones trombogénicas conocidas, tenga en cuenta:</p>	<p>Considere el uso del dispositivo intrauterino de cobre en mujeres en postaborto espontáneo con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, factor V Leiden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C y deficiencias de antitrombina).</p>
	<p>En el caso que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, y la persona recibe anticoagulación, podría considerar el uso de implante de progestágeno solo, acetato de medroxiprogesterona de depósito, píldora de progestágeno solo en mujeres en postaborto espontáneo con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, factor V Leiden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C y deficiencias de antitrombina)*.</p>
	<p>En el caso de que la persona no esté anticoagulada y si no es factible la elección de un método sin restricción o que generalmente supere los riesgos teóricos probados (categorías 1 o 2), y considera uso de implante de progestágeno solo, acetato de medroxiprogesterona de depósito, píldora de progestágeno, remita a un especialista en anticoncepción, en las siguientes condiciones: mujeres en postaborto espontáneo con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, factor V Leiden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C y deficiencias de antitrombina)*.</p>
	<p>No usar anticonceptivos orales combinados en mujeres en postaborto espontáneo con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, factor V Leiden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C y deficiencias de antitrombina).</p>

*Adaptación de recomendación y modificación de categoría con base en consenso de expertos.
 Fuente: adaptado de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Postembarazo ectópico

- Puede extrapolar las consideraciones específicas para la selección del método anticonceptivo de la sección de aborto para el caso de embarazo ectópico, dado que para este último la evidencia es limitada.

A continuación, se presentan criterios médicos de elegibilidad para tener en cuenta al momento de seleccionar el método anticonceptivo en postembarazo ectópico, acorde a lo establecido en la tabla 5:

Tabla 10. Criterios médicos de elegibilidad para el método de anticoncepción en personas en posembarazo ectópico

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad
Anticonceptivos hormonales combinados y anticonceptivos de sólo progestágeno	Considere el uso de implante de progestágeno solo, acetato de medroxiprogesterona de depósito, píldora de progestágeno solo o anticonceptivos hormonales combinados en las siguientes condiciones: -En posembarazo ectópico ya sea que este tuviera lugar al primer o segundo trimestre -Con sepsis posembarazo ectópico.
Dispositivos intrauterinos	Considere el uso de dispositivo intrauterino de cobre o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres en posembarazo ectópico en el primer trimestre.
	En el caso que no sea factible la elección de un anticonceptivo sin restricción, podría considerar el uso de dispositivo intrauterino de cobre o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en posembarazo ectópico en el segundo trimestre.
	No usar el dispositivo intrauterino de cobre o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres con sepsis posembarazo ectópico.

Fuente: adaptado de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Postenfermedad trofoblástica gestacional

A continuación, se presentan criterios médicos de elegibilidad para tener en cuenta al momento de elegir el método anticonceptivo en poseenfermedad trofoblástica gestacional, acorde a lo establecido en la tabla 5:

Tabla 11. Criterios médicos de elegibilidad para el método de anticoncepción en personas en poseenfermedad trofoblástica gestacional

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad	Observaciones
Anticonceptivos hormonales combinados y anticonceptivos de sólo progestágeno	Considere el uso de implante de progestágeno solo, acetato de medroxiprogesterona de depósito (inyectable de progestágeno solo), píldora de progestágeno solo o anticonceptivos orales combinados en mujeres después de ETG.	<ul style="list-style-type: none"> Tenga en cuenta que el espectro de la enfermedad trofoblástica gestacional es amplio y en algunas circunstancias los AHC pueden llegar a ser categoría 3 o 4 por el riesgo tromboembólico. Evalúe el riesgo de TEV, si se considera el uso de AHC.
Dispositivos intrauterinos	Considere el uso del dispositivo intrauterino de cobre o del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres después de ETG con niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) indetectables.	
	Si no es factible la elección de un método sin restricción o que generalmente supere los riesgos teóricos probados (categorías 1 o 2), y considera el uso de del dispositivo intrauterino de cobre o del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres después de ETG con disminución de los niveles de hCG, remita a un especialista para esta condición (ginecólogo / obstetra) o a un centro especializado en esta.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método de anticoncepción	Criterios de elegibilidad	Observaciones
	No usar el dispositivo intrauterino de cobre o del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en mujeres después de ETG con niveles de hCG persistentemente elevados o enfermedad maligna.	

Fuente: Adaptado de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

Muerte fetal o Interrupción voluntaria del embarazo

- En el caso de muerte fetal o interrupción voluntaria del embarazo por encima de la semana 24, extrapole los lineamientos para la selección del método de anticoncepción postparto.
- En el caso de interrupción voluntaria de embarazo por debajo de las 24 semanas extrapole los lineamientos para la selección del método de anticoncepción postaborto.

Pregunta orientadora 3.

¿Cuáles son las orientaciones para la provisión efectiva y oportuna de métodos anticonceptivos en personas postevento obstétrico que tienen deseo de anticoncepción?

Para la provisión efectiva y oportuna de los distintos métodos anticonceptivos es importante que:

- En las IPS primarias donde se brinda asesoría en anticoncepción a personas en edad fértil con o sin condiciones crónicas y/o especiales, se disponga de todos los métodos anticonceptivos en la misma consulta, con el fin de garantizar la provisión efectiva del mismo, cumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación descritos en la normatividad vigente.
- Se garantice la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos en las IPS complementarias donde se realizan las atenciones del evento obstétrico con el fin de brindar la provisión efectiva del mismo antes del alta hospitalaria.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- No se soliciten paraclínicos innecesarios y no pertinentes como requisitos para dar provisión del método anticonceptivo (Consulte el Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad).
- Todo menor de 14 años que haya iniciado relaciones sexuales penetrativas puede acceder a los servicios de asesoría en anticoncepción, recibir la provisión efectiva del método anticonceptivo seleccionado y se debe activar ruta de violencia sexual (Resolución 3280 de 2018).

Postparto/postcesarea

- Debe contarse con acceso a los diferentes métodos anticonceptivos elegibles, incluyendo aquellos para uso inmediatamente posterior al parto o cesárea.
- Explique la importancia de evitar nuevos embarazos en un periodo inferior a 18 meses luego del parto o cesárea. Advierta sobre el mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, entre otras situaciones de riesgo que pueden presentarse.
- Resalte la importancia de iniciar un método anticonceptivo eficaz lo antes posible, dado que la ovulación puede reanudarse pronto, independientemente de que esté amamantando o no. Se aconseja iniciar la anticoncepción inmediatamente después del parto o cesárea (si así lo desea la persona y si cumple con criterios médicos de elegibilidad) o dentro de los 21 días posteriores a estos eventos.
- Si se inicia la anticoncepción a los 21 días (o posteriormente) debe aconsejarse el uso de un método anticonceptivo adicional (p. ej. método de barrera).
- Resalte las ventajas de usar métodos hormonales y de barrera, céntrese en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ITS. Revise las orientaciones brindadas para el asesoramiento en el Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad.

Anticonceptivos hormonales combinados

- No se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales combinados antes de los primeros 21 días después del parto. Si se inicia a los 21 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anticonceptivos de solo progestágeno

- Considere como opciones seguras de anticoncepción para iniciar en cualquier momento después del parto o cesárea, el implante o píldora de progestágeno solo. La inserción de implante, posterior a estos eventos obstétricos, tiene una buena aceptabilidad por parte de las personas.
- Revise los lineamientos en el apartado de *criterios médicos de elegibilidad* para considerar las situaciones en las que el inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito puede ser una opción segura o aceptable. Tenga precaución en las situaciones especiales que puedan implicar un riesgo tromboembólico o cardiovascular y priorice el uso de un método anticonceptivo sin restricción.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso la píldora de progestágeno solo (tradicional/desogestrel) antes de los primeros 21 días después del parto. Si se inicia a los 21 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante dos días.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso del implante de progestágeno solo o inyectable antes de los primeros 21 días después del parto. Si se inicia a los 21 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.

Píldoras anticonceptivas de emergencia

- Considere seguro usar levonorgestrel oral 1,5 mg y el acetato de ulipristal después de los 21 días siguientes al nacimiento.

Dispositivo intrauterino

- El dispositivo intrauterino de cobre puede ser insertado inmediatamente después del parto o cesárea. La anticoncepción intrauterina, posterior a estos eventos obstétricos, tiene adecuada aceptabilidad por las personas.
- Considere insertar el dispositivo intrauterino de cobre:
 - Dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta o
 - hasta las primeras 48 horas después de una cesárea o un parto vaginal sin complicaciones o
 - Después de los 28 días siguientes al nacimiento.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el dispositivo intrauterino de cobre entre 0 a <48 horas después del parto. La inserción entre 48 horas y <28 días puede no ser apropiada.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel entre 0 a <48 horas después del parto o cesárea. La inserción entre 48 horas y <4 semanas puede no ser apropiada. La inserción ≥ 28 días después del parto requiere 7 días de abstinencia o anticoncepción adicional. La anticoncepción intrauterina posterior a estos eventos obstétricos tiene adecuada aceptabilidad por las personas.

Métodos naturales

- Las personas que no amamantan deben tener en cuenta que los signos y síntomas de fertilidad o cambios hormonales podrían volver a ser detectables después de 4 semanas del nacimiento.

Métodos de barrera

- Cuando se elija el uso de diafragma, aconseje esperar seis semanas antes de colocarlo, ya que el cambio en el tamaño del útero puede afectar el tamaño del diafragma requerido.

Esterilización quirúrgica

- Obtenga el consentimiento informado por escrito para la esterilización quirúrgica mínimo 2 semanas antes de una cesárea o parto programado.
- Explique el posible riesgo de posterior arrepentimiento a las personas que solicitan la esterilización en el momento del parto.

Postaborto

- Tenga en cuenta que cualquier método puede iniciarse de manera segura inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. Debe contarse con acceso a los diferentes métodos anticonceptivos elegibles.
- Resalte la importancia de iniciar un método anticonceptivo eficaz lo antes posible, dado que la ovulación puede reanudarse pronto, e incentive iniciar la

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

anticoncepción inmediatamente después del aborto (ya sea farmacológico o quirúrgico).

- Advierta a las personas que la presencia de sangrado escaso o ausencia de este puede ser signo de un aborto fallido y en ese caso debe buscar atención médica urgente.
- Tenga presente, cuando se oriente la elección del método, que la anticoncepción intrauterina y el implante de progestágeno solo, son bien aceptados por las personas.
- En casos de pérdida gestacional recurrente se debe investigar la causa, pero no debe implicar atraso en la provisión del método anticonceptivo.
- Resalte las ventajas de usar métodos hormonales y de barrera, céntrese en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ITS. Revise las orientaciones brindadas para el asesoramiento en el *Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad*

Anticonceptivos hormonales combinados

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso de anticonceptivos hormonales combinados antes de los primeros 5 días después del aborto. Si se inicia a los 5 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.
- Para el uso de los anticonceptivos orales combinados que contienen estradiol es necesario tener precauciones adicionales si se inician después del día 1.

Anticonceptivos de solo progestágeno

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso la píldora de progestágeno solo (tradicional/desogestrel) antes de los primeros 5 días después del aborto. Si se inicia a los 5 días o posteriormente, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante dos días.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso del implante de progestágeno solo o inyectable antes de los primeros 5 días después del aborto. Si se inicia a los 5 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- El uso de implante de progestágeno solo puede iniciarse al momento de utilización de mifepristona o el día del aborto quirúrgico (25,26). Verifique que esté disponible para su provisión el mismo día del aborto (26).
- Considere ofrecer el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito en la misma cita de toma de mifepristona. Advierta que puede aumentar ligeramente el riesgo de aborto fallido, si se usa en el momento de la administración de mifepristona, aunque en general dicho riesgo es bajo (25,26).

Dispositivos intrauterinos

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el dispositivo intrauterino de cobre, ya sea que se inicie antes o después del día 5.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel antes de los 5 días posteriores al aborto. Si se inicia a partir del día 5 o después, se requieren 7 días de abstinencia o anticoncepción adicional.
- La anticoncepción intrauterina puede proveerse en cualquier momento luego del aborto (después de la expulsión del embarazo o de la evacuación de la cavidad uterina); sin embargo, prefiera proveerla inmediatamente posterior al aborto.
- Verifique que los métodos intrauterinos estén disponibles para su provisión al mismo tiempo del aborto quirúrgico o tan pronto como sea posible posterior a la expulsión (26).

Anticoncepción de emergencia

- Se indica la anticoncepción de emergencia en caso de haber tenido relaciones sexuales sin protección después de 5 días del aborto.

Métodos de barrera

- Cuando se elija el uso de diafragma, aconseje esperar seis semanas después del aborto (en segundo trimestre) antes de colocarlo, ya que el cambio en el tamaño del útero puede afectar el tamaño del diafragma requerido.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Esterilización quirúrgica

- Explique el posible riesgo de arrepentimiento a las personas que lo solicitan en el momento del aborto.

Postembarazo ectópico

- Considere extrapolar las consideraciones específicas para la selección del método anticonceptivo de la sección de aborto para el caso de embarazo ectópico, dado que la evidencia para este último es limitada.
- Resalte la importancia de iniciar un método anticonceptivo eficaz lo antes posible, dado que la ovulación puede reanudarse pronto, e incentive iniciar la anticoncepción inmediatamente después del tratamiento del embarazo ectópico.
- Advierta en la importancia de la anticoncepción al menos durante 3 meses posterior al tratamiento con metotrexato dados sus efectos teratogénicos.
- Advierta que, si hay sospecha de embarazo, es muy importante buscar atención médica lo antes posible para su confirmación (aunque esté usando algún método anticonceptivo).
- Resalte las ventajas de usar métodos hormonales y de barrera, céntrese en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ITS. Revise las orientaciones brindadas para el asesoramiento en el *Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad*.

Anticonceptivos hormonales combinados

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso de anticonceptivos hormonales combinados antes de los primeros 5 días después del embarazo ectópico. Si se inicia a los 5 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.
- Para el uso de los anticonceptivos orales combinados que contienen estradiol es necesario tener precauciones adicionales si se inician después del día 1.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anticonceptivos de solo progestágeno

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso la píldora de progestágeno solo (tradicional/desogestrel) antes de los primeros 5 días después del embarazo ectópico. Si se inicia a los 5 días o posteriormente, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante dos días.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso del implante de progestágeno solo o inyectable antes de los primeros 5 días después del embarazo ectópico. Si se inicia a los 5 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.

Dispositivos intrauterinos

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el dispositivo intrauterino de cobre, ya sea que se inicie antes o después del día 5.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel antes de los 5 días posteriores al embarazo ectópico. Si se inicia a partir del día 5 o después, se requieren 7 días de abstinencia o anticoncepción adicional.

Anticoncepción de emergencia

- Se indica la anticoncepción de emergencia en caso de haber tenido relaciones sexuales sin protección después de 5 días posteriores a la administración de metotrexato o del tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico.

Postenfermedad trofoblástica gestacional

- Resalte la importancia de iniciar un método anticonceptivo eficaz lo antes posible, dado que la ovulación puede reanudarse pronto y es importante que se eviten embarazos hasta completar el seguimiento de ETG. Incentive iniciar la anticoncepción inmediatamente después de la ETG.
- En los casos de embarazo molar completo indique que debe evitarse un nuevo embarazo al menos durante los primeros 6 meses, ya que se debe controlar la gonadotropina coriónica humana (hCG) para hacer seguimiento de la ETG.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- En el caso de embarazo molar parcial debe evitarse un nuevo embarazo hasta lograr niveles normales de hCG en meses consecutivos.
- En el caso de haber recibido quimioterapia como tratamiento de ETG, un nuevo embarazo debe postergarse hasta 1 año después de haber terminado el tratamiento.
- Resalte las ventajas de usar métodos hormonales y de barrera, céntrese en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ITS. Revise las orientaciones brindadas para el asesoramiento en el Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad

Anticonceptivos hormonales combinados

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso de anticonceptivos hormonales combinados antes de los primeros 5 días después del tratamiento de ETG. Si se inicia al quinto día o posteriormente, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.
- Para el uso de los anticonceptivos orales combinados que contienen estradiol es necesario tener precauciones adicionales si se inician después del día 1.

Anticonceptivos de solo progestágeno

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso la píldora de progestágeno solo (tradicional/desogestrel) antes de los primeros 5 días al tratamiento de ETG. Si se inicia a los 5 días o posteriormente, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante dos días.
- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inicia el uso del implante de progestágeno solo o inyectable antes de los primeros 5 días después del al tratamiento de ETG. Si se inicia a los 5 días o más, se requiere abstinencia o anticoncepción adicional durante siete días.

Dispositivo intrauterino

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el dispositivo intrauterino de cobre, ya sea que se inicie antes o después del día 5.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- No se requiere abstinencia o anticoncepción adicional si se inserta el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel antes de los 5 días posteriores al tratamiento de ETG. Si se inicia a partir del día 5 o después, se requiere 7 días de abstinencia o anticoncepción adicional.

Anticoncepción de emergencia

- Se indica la anticoncepción de emergencia en caso de haber tenido relaciones sexuales sin protección después de 5 días posteriores al tratamiento de ETG.
- En el caso de considerarse el uso de dispositivo intrauterino de cobre, para anticoncepción de emergencia en mujeres con niveles de hCG decrecientes, remita a un nivel especializado.

Métodos de barrera

- Cuando se elija el uso de diafragma, aconseje esperar seis semanas después del tratamiento de ETG antes de colocarlo, ya que el cambio en el tamaño del útero puede afectar el tamaño del diafragma requerido.

Esterilización quirúrgica

- Explique el posible riesgo de arrepentimiento a las personas que solicitan este método.

Muerte fetal o interrupción voluntaria del embarazo

- En el caso de muerte fetal o interrupción voluntaria del embarazo por encima de la semana 24, extrapole los lineamientos para la selección de método de anticoncepción postparto.
- En el caso de interrupción voluntaria de embarazo por debajo de las 24 semanas extrapole los lineamientos para la selección de método de anticoncepción aborto.

Pregunta orientadora 4.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más efectivos y seguros para usar en personas que presentan alguna condición crónica y/o especial y que tienen deseo de anticoncepción?

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Para la mayoría de estas condiciones, la efectividad de los métodos anticonceptivos se conserva y es similar a la de población general (ver Tabla 3), sobre todo en lo que respecta a los métodos de barrera y al dispositivo intrauterino de cobre. No obstante, en las situaciones en las que la efectividad se podría ver reducida se hace la aclaración. Recuerde siempre informar los riesgos de cada uno de los métodos anticonceptivos.

Se recomienda el uso de doble protección para evitar contraer ETS, lo cual se logra con el uso simultáneo de condones y otros métodos anticonceptivos (15).

Sobrepeso y obesidad

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Overweight, Obesity & Contraception* de la FSRH 2019 (28).

- El diagnóstico de obesidad y sobrepeso no contraindica el uso de anticonceptivos hormonales, ni de barrera, ni de dispositivos intrauterinos de cobre. Sin embargo, los riesgos teóricos y probados de usar métodos anticonceptivos hormonales combinados en las mujeres con IMC mayor a 35 Kg/m², superan los beneficios. En caso de necesitar anticoncepción de emergencia prefiera la T de cobre sobre las tabletas de levonorgestrel.

Anticonceptivos de sólo progestágenos

- El uso de implantes de sólo progesterona es efectivo y seguro en mujeres con sobrepeso y obesidad. No hay restricción para el uso de estos métodos de anticoncepción en las mujeres con estas condiciones.
- La inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona es efectiva en mujeres con sobrepeso; sin embargo, la evidencia sobre su seguridad, en lo que respecta a resultados cardiovasculares no es concluyente. La obesidad por sí misma no restringe el uso de este método anticonceptivo; no obstante, si la obesidad es uno de múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, con el uso de este método anticonceptivo, los riesgos teóricos o probados, sobrepasan las ventajas y requiere del juicio clínico, dado que no está recomendado a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptados.
- La píldora de sólo progesterona es un método anticonceptivo efectivo y seguro para las mujeres con sobrepeso y obesidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Para las mujeres sin factores de riesgo adicionales, no hay restricciones para usar la píldora de sólo progesterona. En las mujeres con otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, las ventajas del uso de este método anticonceptivo superan los riesgos. No existe evidencia que sugiera que el peso corporal afecte la efectividad de este método. Evidencia indirecta extraída de la población general indica que este método anticonceptivo no aumenta el riesgo de eventos trombóticos.

Métodos anticonceptivos hormonales combinados

- La evidencia sugiere que la efectividad de los métodos anticonceptivos hormonales combinados se mantiene en las mujeres con sobrepeso o con obesidad. Sin embargo, su uso está asociado con un mayor riesgo de trombosis venosa profunda, y podría aumentar el riesgo de infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular isquémica. Si el índice de masa corporal es mayor o igual a 35 Kg/m², los riesgos asociados con el uso de anticonceptivos hormonales combinados generalmente superan los beneficios.
- El sobrepeso no afecta la efectividad de los anticonceptivos orales combinados; no obstante, la evidencia es inconsistente cuando se trata de mujeres con un índice de masa corporal muy alto que usan anticonceptivos orales combinados. Los anticonceptivos orales combinados podrían aumentar de forma significativa el riesgo de un evento trombótico, tanto venoso como arterial, sobre todo cuando el índice de masa corporal es mayor o igual a 35 Kg/m². En mujeres con sobrepeso o con obesidad, las ventajas del uso de este método anticonceptivo superan los riesgos; sin embargo, si existen otros factores de riesgo cardiovascular o índice de masa corporal mayor o igual a 35 Kg/m², los riesgos superan los beneficios. La efectividad del parche anticonceptivo combinado se podría disminuir con el peso corporal.
- Evidencia limitada sugiere que la efectividad del anillo vaginal no se ve afectada por el peso o por el índice de masa corporal. En mujeres con sobrepeso o con obesidad, las ventajas del uso de este método superan los riesgos; sin embargo, si la mujer tiene otros factores de riesgo cardiovascular o índice de masa corporal mayor o igual a 35 Kg/m², los riesgos superan las ventajas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Dispositivos intrauterinos

- No hay restricciones para usar el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel como método de anticoncepción entre las mujeres con sobrepeso o con obesidad. Si adicional a la presencia de obesidad, la mujer presenta otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, las ventajas superan los riesgos.
- El dispositivo intrauterino de cobre es un método anticonceptivo altamente efectivo. Su efectividad no se afecta por el peso. Es una opción segura para las mujeres con sobrepeso u obesidad. Adicionalmente, el dispositivo intrauterino de cobre es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia para esta población.

Anticoncepción de emergencia

- La efectividad de la píldora anticonceptiva de levonorgestrel se podría disminuir cuando el peso es mayor de 70 Kg o el índice de masa corporal es mayor a 25 Kg/m². En mujeres con sobrepeso o con obesidad, las ventajas del uso de este método anticonceptivo superan los riesgos; sin embargo, si adicional a la presencia de obesidad o sobrepeso, la mujer presenta otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular o un índice de masa corporal mayor o igual a 35 Kg/m², los riesgos del uso de este método anticonceptivo superan las ventajas.
- El acetato de ulipristal puede ser menos efectivo entre las mujeres con índice de masa corporal mayor o igual a 30 Kg/m² o que pesen más de 85 Kg que entre mujeres con índice de masa corporal menor a 25 Kg/m². A pesar de esto, no hay preocupaciones de seguridad.

Diabetes Mellitus tipo 1 y 2

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Clinical Management Guidelines for Obstetrician: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions* de la ACOG (29).

- No hay restricciones para usar métodos anticonceptivos de barrera o dispositivos intrauterinos de cobre en las mujeres diabéticas. Los beneficios de usar métodos anticonceptivos hormonales en las mujeres con esta condición superan los riesgos teóricos o probados, si la mujer no presenta enfermedad vascular. En caso de que la mujer diabética presente compromiso de órgano blanco o tenga esta patología por más de 20 años, los riesgos de usar anticonceptivos hormonales combinados o inyecciones de depósito de acetato de medroxiprogesterona superan los beneficios y puede tener un riesgo inaceptable para la salud.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anticonceptivos hormonales

- En las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, en las cuales no se encuentre evidencia de lesión de órgano blanco, las ventajas de usar métodos anticonceptivos hormonales superan los riesgos teóricos o probados. Sin embargo, en caso de que la mujer diabética presente compromiso de órgano blanco (retinopatía, nefropatía, neuropatía, enfermedad aterosclerótica) o haya tenido diabetes por más de 20 años, están contraindicados los anticonceptivos hormonales combinados, dado que se considera que los riesgos teóricos o probados de tener un evento cardiovascular superan las ventajas de usar estos métodos o que presentan un riesgo inaceptable en la salud.
- Dado que la inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona aumenta los niveles de lipoproteínas que favorecen el desarrollo de aterosclerosis, se considera que, con el uso de este método anticonceptivo, los riesgos teóricos o probados superan las ventajas en las mujeres diabéticas con una duración de su condición de más de 20 años o con evidencia de compromiso en órgano blanco.
- Las píldoras de sólo progestágeno, el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel y los implantes subdérmicos de sólo progestágenos, son una buena alternativa para estas mujeres y aparentemente no aumenta el riesgo de empeorar la condición de salud.

Hipertensión arterial

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Clinical Management Guidelines for Obstetrician: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions* de la ACOG (29).

- No hay restricciones para usar métodos anticonceptivos de barrera o dispositivos intrauterinos en las mujeres hipertensas. En las mujeres con presión arterial sistólica entre 140-159 mmHg o diastólica entre 90-99 mmHg, los riesgos teóricos o probados de usar métodos anticonceptivos hormonales combinados o las inyecciones de depósito de acetato de medroxiprogesterona superan las ventajas. En las mujeres con presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 100 mmHg o con lesión en órgano blanco, los métodos anticonceptivos hormonales combinados o las inyecciones de acetato de medroxiprogesterona presentan un riesgo inaceptable en la salud. En caso de tener una mujer con hipertensión arterial controlada se considera evitar el uso de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

anticonceptivos hormonales combinados e inyecciones de depósito de acetato de medroxiprogesterona, el resto de los anticonceptivos hormonales de sólo progestinas son aceptables.

Anticonceptivos hormonales

- En las mujeres con presión arterial sistólica entre 140-159 mmHg o diastólica entre 90-99 mmHg, los riesgos teóricos o probados de usar métodos anticonceptivos hormonales combinados superan las ventajas, por lo cual no se deberían usar a menos que no haya otros métodos apropiados para estas pacientes.
- En las mujeres con presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 100 mmHg o con afectación en órgano blanco, los métodos anticonceptivos hormonales combinados presentan un riesgo inaceptable en la salud, por lo cual no se deberían usar. Si la mujer tiene múltiples factores de riesgo cardiovascular, los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar anticonceptivos hormonales combinados o que presentan un riesgo inaceptable para la salud, por lo cual no se deben usar bajo esta condición.
- En las mujeres hipertensas con tratamiento antihipertensivo, al usar anticonceptivos hormonales combinados, los riesgos teóricos o probados superan las ventajas y requiere que se haga un juicio clínico con respecto al riesgo de embarazo y respecto a la aceptabilidad por parte de la paciente de los métodos anticonceptivos de sólo progestina o no hormonales. El uso de píldoras o dispositivos intrauterinos o implantes subdérmicos liberadores de sólo progestinas no parece tener un efecto en la presión arterial ni en el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.
- No se aconseja el uso de inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona en mujeres con hipertensión arterial dado que existe un riesgo teórico de aumento en las lipoproteínas y en las cifras de tensión arterial que predisponen a un mayor riesgo cardiovascular, por lo que se considera que, con el uso de la inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona, los riesgos teóricos o probados superan las ventajas.

Anticoncepción de barrera

- Se considera que no hay restricciones para el uso de anticonceptivos de barrera.

Dispositivos intrauterinos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Se considera que no hay restricciones para el uso del dispositivo intrauterino de cobre. En las mujeres con presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o con presión arterial diastólica mayor o igual a 100 mmHg o mujeres hipertensas con enfermedad vascular, las ventajas de usar el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel superan los riesgos teóricos o probados.

Anticoncepción de emergencia

- Para esta población no existe ninguna contraindicación para el uso de levonorgestrel o del dispositivo intrauterino de cobre.

Dislipidemias

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016* (30).

- No hay restricciones para usar métodos anticonceptivos de barrera en las mujeres con dislipidemia.
- Los riesgos teóricos y probados de usar anticonceptivos hormonales combinados y de la inyección de depósito de medroxiprogesterona superan las ventajas y pueden representar un riesgo inaceptable.

Anticoncepción hormonal

- Las ventajas de usar el dispositivo intrauterino con liberación de levonorgestrel, implantes de progestágenos o píldoras de sólo progestágenos en las mujeres con LDL elevado y HDL bajo, superan los riesgos teóricos o probados. En contraste, los riesgos teóricos y probados de usar anticonceptivos hormonales combinados y de la inyección de depósito de medroxiprogesterona superan las ventajas y pueden representar un riesgo inaceptable.

Anticoncepción de emergencia

- Para esta población no existe ninguna contradicción para el uso de levonorgestrel o del dispositivo intrauterino de cobre.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Epilepsia

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Clinical Management Guidelines for Obstetrician: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions* de la ACOG (29).

- No hay restricciones para usar métodos anticonceptivos de barrera en las mujeres con epilepsia. Ciertos anticonvulsivantes son inductores de las enzimas hepáticas y afectan la biodisponibilidad de los anticonceptivos hormonales. Por lo anterior, no se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales combinados o de píldoras de sólo progesterona en mujeres que consumen anticonvulsivantes como carbamazepina o fenitoina, dado que pueden tener menor efectividad y se considera que los riesgos superan las ventajas. Por lo expuesto, en este caso se debe considerar el uso de las inyecciones de depósito de acetato de medroxiprogesterona, el dispositivo intrauterino de levonorgestrel o de cobre. En las mujeres que consumen lamotrigina no se recomienda el uso de anticonceptivos combinados, debido a que los estrógenos disminuyen los niveles séricos de este anticonvulsivante.

Anticonceptivos hormonales

- Las mujeres con diagnóstico de epilepsia que consumen anticonvulsivantes inductores de enzimas hepáticas como carbamazepina, fenobarbital, felbamato, oxcarbazepina, fenitoína, primidona y rufinamida, que interfieren con la efectividad de los anticonceptivos hormonales, se pueden usar con seguridad la inyección de depósito de medroxiprogesterona o el dispositivo intrauterino de levonorgestrel, siendo estos los anticonceptivos hormonales de elección para estas mujeres, pudiéndolos usar sin restricciones.
- Por lo general, no se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales combinados o de píldoras de sólo progesterona dado que pueden tener mayor riesgo de falla y se considera que los riesgos superan las ventajas. La efectividad de los implantes de etonogestrel también puede ser susceptible a los medicamentos que pueden interferir con los anticonceptivos hormonales, aun así, las ventajas de su uso superan los riesgos.
- Hay pocos estudios disponibles que evalúen el uso de anillos vaginales o de parches transdérmicos simultáneamente con el uso de anticonvulsivantes.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Los niveles séricos de noretindrona son menores cuando se usan píldoras de sólo progestágenos que cuando se usan anticonceptivos orales combinados; por lo tanto, el riesgo de usar simultáneamente píldoras de sólo progestágenos y anticonvulsivantes que afectan las enzimas hepáticas es mayor que el beneficio por el riesgo de una gestación no deseada.
- Es importante tener en cuenta que los niveles de lamotrigina disminuyen con el uso de anticonceptivos que contienen estrógenos y que los riesgos de usar anticonceptivos hormonales combinados superan las ventajas.

Anticoncepción de emergencia

- Para esta población no existe ninguna contradicción para el uso de levonorgestrel o del dispositivo intrauterino de cobre.

Enfermedad tromboembólica venosa, infarto agudo de miocardio, evento cerebrovascular y reemplazo valvular mecánico

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Clinical Management Guidelines for Obstetrician: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions* de la ACOG (29) y a partir de evidencia indirecta de *Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception, FSRH* (31).

- Brinde como primera opción en este grupo de mujeres los dispositivos intrauterinos de cobre. Si esta opción no es deseada, ofrezca anticonceptivos hormonales de progestinas en presentación oral, de implante subdérmico o en dispositivos intrauterinos de levonorgestrel. Evite los anticonceptivos hormonales combinados y las inyecciones de depósito de medroxiprogesterona. En caso de que la mujer se encuentre consumiendo anticoagulantes orales, para estas condiciones se puede considerar el uso de la medroxiprogesterona, adicional a los otros anticonceptivos hormonales de progestinas ya mencionados.

Dispositivos intrauterinos

- En mujeres con antecedente de trombosis venosa profunda, infarto agudo de miocardio, evento cerebrovascular, sospecha de trombofilia hereditaria o enfermedad inflamatoria intestinal que se encuentren sin tratamiento anticoagulante, el dispositivo intrauterino de cobre debería ser usado como la primera opción anticonceptiva, ya que no representa un riesgo aumentado para desenlaces adversos en salud.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anticonceptivos hormonales

- Para esta población, las progestinas administradas en forma de píldoras orales, implantes o dispositivos intrauterinos de levonorgestrel, podrían ser usadas como una alternativa, aunque teóricamente pueden aumentar el riesgo de trombosis. Por el contrario, los inyectables de depósito como el acetato de medroxiprogesterona deben ser evitados en esta población por el riesgo de un evento trombótico.
- Los anticonceptivos de progestinas de cualquier tipo (inyectables de acetato de medroxiprogesterona, píldoras, implantes subdérmicos o dispositivos intrauterinos) pueden ser usados en mujeres que reciben anticoagulantes debido a las condiciones antes referidas o por tener un reemplazo valvular mecánico. De la misma manera, el dispositivo intrauterino de cobre es una opción adecuada. Por el contrario, los anticonceptivos combinados de cualquier clase deberían usarse con precaución y en lo posible ser evitados.

Anticoncepción de emergencia

- Para esta población no existe ninguna contradicción para el uso de levonorgestrel o del dispositivo intrauterino de cobre.

Lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome* (32).

- En las mujeres con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, sin evidencia de síndrome antifosfolípidos, se puede utilizar cualquier clase de anticonceptivos hormonales, de barrera e intrauterinos sin contraindicaciones. Por el contrario, si hay evidencia de síndrome antifosfolípidos deben ser evitados los anticonceptivos hormonales de todas las clases, a menos que la paciente consuma anticoagulantes para tratar su condición.

Anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos

- En mujeres con lupus eritematoso sistémico, sin evidencia de anticuerpos antifosfolípidos o anticoagulante lúpico y sin antecedentes de trombosis arterial o venosa, los anticonceptivos hormonales combinados de cualquier clase

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

(inyectables u orales) o implantes subdérmicos pueden ser usados sin contraindicación. De la misma manera, los anticonceptivos hormonales de progestinas, en todas sus presentaciones, son una opción aceptable como método anticonceptivo. No hay evidencia que muestre aumento de los eventos adversos en esta población. Así mismo, el dispositivo intrauterino de cobre es válido como método anticonceptivo.

- En pacientes con diagnóstico de síndrome antifosfolípidos o cuando se hayan detectado anticuerpos antifosfolípidos o anticoagulante lúpico, con o sin lupus, los anticonceptivos hormonales de cualquier tipo deberían ser evitados, por lo que la opción más aceptable es el dispositivo intrauterino de cobre. En caso de que la usuaria esté recibiendo anticoagulación, a consecuencia de trombofilia o cualquier otra razón, aplican las mismas consideraciones ya mencionadas para mujeres con anticoagulación.

Anticoncepción de emergencia

- Para esta población no existe ninguna contradicción para el uso de levonorgestrel o del dispositivo intrauterino de cobre.

Enfermedad renal crónica

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Contraception in chronic kidney disease: a best practice position statement by the Kidney and Pregnancy Group of the Italian Society of Nephrology*.(33).

- En las mujeres con enfermedad renal crónica, se puede utilizar cualquier tipo de anticoncepción hormonal o de barrera sin presentar contraindicaciones. No obstante, en mujeres con pielonefritis a repetición, diálisis peritoneal o tratamiento inmunosupresor informe sobre el riesgo de infecciones por el uso de los dispositivos intrauterinos.

Anticoncepción hormonal

- En mujeres con enfermedad renal crónica los anticonceptivos hormonales de cualquier tipo pueden ser usados sin problema, si no existe otra condición de salud adicional a esta enfermedad. No existe evidencia que muestre que la efectividad y seguridad sea diferente en esta población.

Dispositivos intrauterinos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Igualmente, los dispositivos intrauterinos hormonales o de cobre son seguros en esta población. No obstante, aunque no están contraindicados, se recomienda usarlos con precaución en mujeres que reciben tratamiento inmunosupresor, diálisis peritoneal o que tienen antecedentes de pielonefritis.

Anticoncepción de emergencia

- Las recomendaciones son similares a la población general; sin embargo, en mujeres que consuman tacrolimus (medicamento inmunosupresor, inhibidor de la calcineurina), el levonorgestrel a dosis altas podría disminuir la concentración sérica del anticonceptivo, por lo que en este caso se recomienda el uso del dispositivo intrauterino de cobre como método anticonceptivo de emergencia.

Cáncer

Los lineamientos que se presentan a continuación fueron elaborados con base en *Clinical Management Guidelines for Obstetrician: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions* de la ACOG (29).

- En las pacientes con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama u ovario se puede usar cualquier método anticonceptivo. Cuando se haya establecido un diagnóstico de cáncer de mama se deben evitar los anticonceptivos hormonales de cualquier clase. Por el contrario, cuando el diagnóstico sea de cáncer de cérvix o endometrial, no existe contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales y se deben evitar la colocación de dispositivos intrauterinos.

En mujeres con alto riesgo de cáncer de mama

- En mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama o de ovario como consecuencia de mutaciones BRCA 1 o BRCA 2 o con antecedente de cáncer en familiares en primer grado de consanguinidad, los anticonceptivos hormonales no aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama

- No use anticoncepción hormonal de ningún tipo en mujeres con cáncer de mama. Los anticonceptivos hormonales se encuentran contraindicados por el riesgo teórico de favorecer el crecimiento de la neoplasia.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- La primera opción para este grupo de pacientes es el dispositivo intrauterino de cobre.

Mujeres con diagnóstico de cáncer endometrial o de cuello uterino

- No existe contraindicación para el uso de los anticonceptivos hormonales en esta población. No considere el uso de dispositivos intrauterinos en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Para las mujeres con este tipo de neoplasias no existe ninguna consideración especial en lo que respecta a los anticonceptivos hormonales. Hay que destacar que las progestinas deberían ser la primera opción por su efecto sobre en el endometrio, sobre todo en mujeres con lesiones malignas o premalignas derivadas de este tejido.
- Por otro lado, los dispositivos intrauterinos no deberían ser utilizados en una mujer próxima a iniciar su tratamiento para este tipo de cáncer cervical.

Dispositivos intrauterinos

- A excepción de las mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de cuello uterino, no existe restricción para el uso del dispositivo intrauterino de cobre.

Pregunta orientadora 5.

¿Cuáles son los criterios médicos de elegibilidad de los métodos de anticoncepción en personas con condiciones crónicas y/o especiales que tienen deseo de anticoncepción?

Debido a que la seguridad y efectividad de determinados métodos anticonceptivos se puede afectado en determinadas condiciones de salud, a continuación, se presentan los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos en las mujeres con deseo de anticoncepción con las siguientes condiciones crónicas y/o especiales: sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, epilepsia, antecedente de trombosis venosa, antecedente de infarto agudo de miocardio, evento cerebrovascular, trombosis venosa, síndrome antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica y antecedente de cáncer.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Es importante que los lineamientos relacionados a la información de efectividad y seguridad se revisen en conjunto con los descritos en los apartados de “Criterios médicos de elegibilidad y orientaciones para la provisión efectiva y oportuna”, dado que hay información relevante complementaria que es esencial para indicar el uso correcto de los diferentes métodos.

En la siguiente tabla se presentan las categorías de los criterios médicos de elegibilidad (MEC) de los anticonceptivos en una valoración de 1 a 4 para cada condición de la siguiente manera:

Clase 1: no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.

Clase 2: los riesgos teóricos o comprobados no superan el beneficio.

Clase 3: los riesgos teóricos o comprobados superan el beneficio.

Clase 4: su utilización se considera un riesgo para la salud.

Esta clasificación es tomada de los criterios de elegibilidad *US Medical Eligibility Criteria* (USMEC) (34). En general, las categorías 3 y 4 son restrictivas y las categorías 1 y 2 favorecen el uso del método.

Tabla 12. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en presencia de condiciones especiales crónicas

Mujeres con las siguientes condiciones de salud	DIU de cobre	DIU levonorgestrel	Píldoras de progestina	DAMP	Implante de progestina	ACH ⁺
Obesidad o sobrepeso sin ninguna otra condición	1	1	1	1	1	2
Diabetes mellitus sin compromiso de órgano blanco	1	2	2	2	2	2
Personas que presenten diabetes mellitus por más de 20 años o que presenten compromiso de órgano blanco	1	2	2	3	2	4

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SECRETARÍA DE SALUD

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN
POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN
MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Código: SDS-PSS-LN-051 Version: 1



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Mujeres con las siguientes condiciones de salud	DIU de cobre	DIU levonorgestrel	Píldoras de progestina	DAMP	Implante de progestina	ACH+
Hipertensión arterial controlada	1	1	1	3	1	3
Hipertensión arterial mal controlada (mayor a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg) o con afectación de órgano blanco	1	2	2	3	2	4
Dislipidemia	1	2	2	3	2	4
Epilepsia tratada con inductores de las enzimas hepáticas	1	1	3	1	3	3
Epilepsia tratada con medicamentos no inductores de enzimas hepáticas	1	1	1	1	1	1
Eilepsia tratada con lamotrigina	1	1	1	1	1	3
Antecedente de trombosis venosa	1	2	2	3	2	4
Antecedente de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular o trombosis venosa sin anticoagular	1	2	2	3	2	4
Tratamiento anticoagulante por TVP, TEP, reemplazo valvular mecánico.	1	2	2	2	2	4

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Mujeres con las siguientes condiciones de salud	DIU de cobre	DIU levonorgestrel	Píldoras de progestina	DAMP	Implante de progestina	ACH+
Síndromes antifosfolípidos	1	3	3	3	3	4
Lupus eritematoso sistémico sin evidencia de síndrome antifosfolípidos **	1	2	2	2	2	2
Enfermedad renal crónica	1	2	2	2	2	2
Riesgo de cáncer de mama (mutaciones* o familiares en primer grado)	1	1	1	1	1	1
Cáncer de mama	1	4	4	4	4	4
Cáncer de cérvix**	3	3	2	2	2	2

ACH: Anticonceptivos combinados hormonales, DAMP: Depósito de acetato de medroxiprogesterona, DIU: Dispositivo intrauterino, TVP Trombosis venosa profunda, TEP tromboembolismo pulmonar,

+ Se consideran todas las formas de administración oral, subdérmica o inyectable.

++ Si una mujer presenta un evento como un accidente cerebrovascular o un infarto agudo de miocardio, considere suspender cualquier tipo de anticoncepción hormonal.

+++En mujeres con trombocitopenia grave definida como un conteo menor a 30.000 plaquetas no considera como primera opción los dispositivos intrauterinos.

*BRAC-1 o 2

**En mujeres con cáncer de cuello uterino no se debe iniciar anticoncepción con dispositivos intrauterinos. Sin embargo, no se debe retirar dicho dispositivo, si ya cuenta con él, cuando se realiza el diagnóstico.

Fuente: Centers for disease control and prevention (CDC). Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-english-bw-508-tagged.pdf> (34)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Pregunta orientadora 6.

¿Cuáles son las orientaciones para la provisión efectiva y oportuna de métodos anticonceptivos en personas en edad fértil con condiciones crónicas y/o especiales que tienen deseo de anticoncepción?

Para la provisión efectiva y oportuna de los distintos métodos anticonceptivos es importante que:

- En las IPS primarias donde se brinda asesoría en anticoncepción a personas en edad fértil, con o sin condiciones crónicas y/o especiales, se disponga de todos los métodos anticonceptivos, en la misma consulta, con el fin de garantizar la provisión efectiva del mismo, cumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación descritos en la normatividad vigente.
- Se garantice la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos en las IPS complementarias donde se realizan las atenciones del evento obstétrico con el fin de brindar la provisión efectiva del mismo antes del alta hospitalaria.
- No se soliciten paraclínicos innecesarios y no pertinentes como requisitos para dar provisión del método anticonceptivo (Consulte el Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad).
- Todo menor de 14 años que haya iniciado relaciones sexuales penetrativas puede acceder a los servicios de asesoría en anticoncepción, recibir la provisión efectiva del método anticonceptivo seleccionado y se debe activar ruta de violencia sexual (Resolución 3280 de 2018).

Para las usuarias con condiciones crónicas especiales, se deben considerar las mismas orientaciones que para la población general. En la Tabla 13 se dan las recomendaciones para el inicio de cualquier método de acuerdo a Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) (35).

Resalte las ventajas de usar métodos hormonales y de barrera, céntrese en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ITS. Revise las orientaciones brindadas para el asesoramiento en el Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad, documento elaborado por la Secretaría Distrital de Salud en conjunto con el IETS, de manera simultánea con el actual lineamiento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Tabla 13. Consideraciones para el inicio de los diferentes métodos anticonceptivos

Método	Cuando comenzar (si no hay evidencia de embarazo en curso)	Anticoncepción adicional	Procedimiento antes de la iniciación
DIU de cobre	Cualquier momento.	No se necesita.	Inspección bimanual e inspección de cuello uterino en caso de sospecha de ETS.
DIU de levonorgestrel	Cualquier momento.	Si se inserta luego del día 7 del inicio del periodo menstrual, se debe usar un método adicional o abstinencia por 7 días.	Inspección bimanual e inspección de cuello uterino en caso de sospecha de ETS.
Implantes subdérmicos de hormonas (progestinas o combinados)	Cualquier momento.	Si se inserta luego del día 5 del inicio del periodo menstrual, se debe usar un método adicional o abstinencia por 7 días.	Ninguno.
Inyectables (progestinas o combinados)	Cualquier momento.	Si se aplica luego del día 7 del inicio del periodo menstrual, se debe usar un método adicional o abstinencia por 7 días.	Ninguno.
Anticonceptivos hormonales combinados orales	Cualquier momento.	Si se inicia luego del día 5 del inicio del periodo menstrual, se debe usar un método adicional o abstinencia por 7 días.	Toma de la presión arterial*.
Anticonceptivos hormonales de solo progestina	Cualquier momento.	Si se inicia luego del día 5 del inicio del periodo menstrual, se debe usar un método adicional o abstinencia por 2 días.	Ninguna.

DIU: Dispositivo intrauterino

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

*Recomendación tomada de la población general.

Fuente: Centers for disease control and prevention (CDC). How to Be Reasonably Certain That a Woman is Not Pregnant; When to Start Using Specific Contraceptive Methods; and Routine Follow-Up After Contraceptive Initiation. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2016 [citado 22 de septiembre de 2022]. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/when-to-start_508tagged.pdf

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Consideraciones para subgrupos de población

En cuanto a los subgrupos de población se encontraron algunas consideraciones (36–38) específicamente en los siguientes subgrupos para complementar los lineamientos presentados anteriormente.

Población transgénero

- Considere que todos los métodos disponibles pueden usarse en personas transgénero, ya sea que estén recibiendo o hayan recibido testosterona.
- Tenga en cuenta las mismas contraindicaciones médicas de los diferentes métodos anticonceptivos dirigidas para las mujeres cisgénero.
- Para las personas que tienen terapia de reafirmación de género con testosterona, considere:
 - Extrapolar lo que se conoce por un lado sobre la terapia con testosterona y por el otro, sobre los métodos anticonceptivos, para considerar las posibles interacciones que podrían afectar a los pacientes.
 - No usar la testosterona como método de anticoncepción.
 - Si la persona prioriza el criterio de eficacia a la hora de elegir un método anticonceptivo, discuta con base en la misma información disponible sobre los métodos para las mujeres cisgénero y el efecto adicional que podría obtenerse con el uso de testosterona.
- Si la persona prefiere evitar el sangrado, puede considerarse la administración continua de estrógenos. Algunas personas que reciben terapia con testosterona prefieren evitar el uso de estrógenos por temor a interacciones. Explique los posibles efectos para orientar la elección del método.
- Es más factible que las personas que usen terapia con testosterona tengan una rutina que favorezca el uso adecuado de las píldoras anticonceptivas. Sin embargo, para algunas personas transgénero tomar un paquete de píldoras puede ser angustiante por la asociación o relación a comportamientos femeninos que podrían hacer a este hecho.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anticonceptivos hormonales combinados

- Tenga en cuenta que algunos métodos pueden ser preferidos por sus propiedades androgénicas como la noretindrona, el levonorgestrel y el gestodeno.
- Considere que el uso de progestinas puede limitar el sangrado y la dismenorrea en terapia con testosterona.
- El uso del anillo, que contiene etinilestradiol más acetato de segesterona, puede considerarse en personas con atrofia vaginal. Por otro lado, al usarse de manera repetida y cíclica, este método puede considerarse en personas que quieran limitar su contacto con el sistema de salud.

Anticonceptivos de sólo progestágeno

- El uso de implante posiblemente pueda inducir amenorrea más rápido cuando se inicia con la terapia con testosterona. Teniendo en cuenta que puede iniciarse la anticoncepción aún si no ha recibido terapia con testosterona.
- Al usarse el método inyectable subcutáneo o intramuscular con el uso de testosterona, considere realizar un monitoreo muy estricto a los niveles de lípidos séricos,
- En el uso de píldoras de progestágeno solo, tenga en cuenta que potencialmente la drospirenona puede interactuar o interferir con la terapia con testosterona más que la noretindrona.

Anticoncepción de emergencia

- El uso de anticoncepción de emergencia probablemente no interfiere en la terapia con testosterona y posiblemente esta no disminuya la eficacia de la anticoncepción de emergencia hormonal.

Métodos de barrera

- En caso de atrofia vaginal, considere la necesidad de usar un tratamiento con estrógenos vaginales para disminuir las molestias al momento de colocar y extraer el diafragma o cuando el condón causa irritación. En el caso de usar condón de látex o poliisopreno evite las formulaciones de estrógenos vaginales a base de aceite.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Advierta sobre los efectos del uso de nonoxinol-9, espermicida que altera los lactobacilos, el revestimiento epitelial vaginal y rectal, y genera descamación que puede causar ulceración epitelial.
- Los condones son un método usado frecuentemente por personas transgénero en el postparto.
- Cuando se elija el uso de condón externo, promueva el uso simultáneo de otros métodos anticonceptivos.

Métodos naturales

- En el caso de usar el método de retiro, explique que se requiere de comunicación con la pareja para tener su cooperación y promueva el uso de otros métodos anticonceptivos en combinación.
- En el caso de que la persona considere métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, explique que su uso puede ser difícil dado que los signos y síntomas de fertilidad y ovulación no son fácilmente detectables en personas con ciclos irregulares, lo cual puede ser común por distintos factores entre las personas transgénero, por ejemplo, por el uso de testosterona.
- Recomiende evitar el uso de espermicida en pacientes con vaginosis bacteriana recurrente o crónica.

Esterilización quirúrgica

- Antes de realizar la esterilización explique que existe limitada evidencia con relación al éxito de tratamientos de fertilidad en personas transgénero, posterior a la misma.

Otros sugbrupos poblacionales

Tenga en cuenta al orientar la selección del método anticonceptivo que:

- Resalte las ventajas de usar métodos hormonales y de barrera, céntrese en la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de ITS.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Revise las orientaciones brindadas para el asesoramiento en el Manual para asesoría en métodos de regulación de la fecundidad, elaborado por la SDS e IETS, como complemento al presente lineamiento.
- Las trabajadoras sexuales valoran el uso del condón femenino por la discreción, la posibilidad de empoderarse de su uso y el impacto en la experiencia sexual (mejora el placer sexual, reduce la ansiedad relacionada con la rotura, permite el coito durante la menstruación), entre otros.
- En algunas culturas se consideran anormales los cambios en la menstruación (como efecto de anticonceptivos hormonales) por lo que tratan de evitarlos y las mujeres probablemente aprecian métodos discretos y que estén bajo su control.
- En poblaciones que tengan limitado contacto con el sistema de salud o en los casos en que se reconozca la existencia de barreras para el acceso a la atención sanitaria (p. ej. población usuaria de drogas inyectables, habitantes de calle, con residencia en área rural) considerar los LARC como primera opción, si no existen contraindicaciones por alguna condición de salud. Haga uso de cualquier contacto que la persona tenga con el servicio de salud o en actividades de oferta de servicios extramurales para realizar la asesoría y ofrecer métodos de anticoncepción.
- Para los subgrupos de población considerados en el alcance del lineamiento y en el caso de la población adolescente en postevento obstétrico tipo interrupción voluntaria del embarazo, se considera que la efectividad de los métodos anticonceptivos se conserva y es similar a la de población general. Asimismo, se considera que los criterios de elegibilidad y las orientaciones de provisión efectiva y oportuna aplican de igual manera, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores. No se identificó información adicional desagregada para los otros grupos poblacionales relacionados en el alcance de este documento.

6. ANEXOS

Anexo 1. Metodología

Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador con profesionales del IETS y referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud quienes formularon las preguntas orientadoras y aplicaron todo el proceso metodológico para el desarrollo del presente lineamiento.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Adicionalmente, se convocó a expertos temáticos para validar las preguntas orientadoras, realizar aportes de literatura, brindar el acompañamiento técnico en el proceso de elaboración del lineamiento y participar en los consensos donde se generaron las respuestas para cada pregunta orientadora.

Todos los integrantes del grupo desarrollador firmaron la declaración de conflictos de interés y acuerdos de confidencialidad, que fue analizada por el Comité de conflictos de intereses, según la política de transparencia del IETS.

Construcción de preguntas de investigación orientadoras

Se configuraron y estructuraron seis (6) preguntas de investigación orientadoras para que, a partir de sus respuestas, se pudiesen construir los lineamientos de orientación clínica para orientar la asesoría y suministro de anticoncepción postevento obstétrico y anticoncepción en personas en edad fértil con condiciones crónicas y/o especiales en la ciudad de Bogotá D.C.

Refinamiento de las preguntas de investigación orientadoras

Se citó a los expertos delegados por las diferentes asociaciones científicas y a expertos de instituciones prestadoras de servicios en salud con experiencia en este campo, a los cuales se les invitó a comentar las preguntas orientadoras planteadas inicialmente y aportar literatura que consideraran relevante para apoyar el proceso de revisión.

Preguntas de investigación orientadoras

Una vez construidas las preguntas de investigación y refinadas con los expertos temáticos, se obtuvo como resultado seis (6) preguntas orientadoras para que a partir de la evidencia encontrada se construyeran los lineamientos técnicos para en acciones encaminadas detección temprana y gestión oportuna del riesgo de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes, en los diferentes entornos de la vida cotidiana en la ciudad de Bogotá D.C.

Búsqueda y síntesis de la literatura

Para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas de investigación planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS (39). Se consultaron las bases de datos electrónicas MEDLINE, Embase, Cochrane y LILACS.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Adicionalmente, se realizó la búsqueda de literatura gris a través de Google Académico.

- Se accedió a MEDLINE a través de PubMed y OVID (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).
- Se accedió a Embase a través de www.embase.com.
- Se accedió a la biblioteca de Cochrane a través de www.cochranelibrary.com.
- Se accedió a LILACS a través de <https://lilacs.bvsalud.org/en/>
- Se accedió a Google Académico a través de <https://scholar.google.es>

Adicionalmente, se buscaron en guías, normativa y otros documentos a nivel local. Este paso se complementó con una búsqueda de publicaciones adicionales empleando la metodología en bola de nieve y con los documentos aportados por los expertos temáticos. Se generó un reporte de la búsqueda para garantizar la reproducibilidad y transparencia del proceso.

Criterios de elegibilidad de la literatura

Se incluyeron todos los documentos que podían responder de forma parcial o completa a las preguntas de investigación previamente descritas.

Criterios de inclusión

- Artículos científicos tipo Guías de práctica clínica (GPC), Revisiones Sistemáticas de Literatura (RSL) y estudios primarios. (ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles, transversales o series de casos de pacientes).
- Documentos técnicos.
- Documentos en inglés, español.
- Artículos científicos disponibles en texto completo.
- Temporalidad: 5 años para RSL (2017-2022) y para el caso de estudios primarios no habrá restricción de tiempo.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron los resúmenes de congresos, comunicaciones breves, cartas al editor.
- Estudios publicados exclusivamente en formato de resumen no serán elegibles debido a que la información reportada era insuficiente para evaluar su calidad metodológica. Adicionalmente, es posible que los resultados de los estudios,

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

además de estar incompletos, pudiesen cambiar significativamente entre la publicación preliminar y la definitiva.

Tamización de referencias y selección de documentos

Los artículos y documentos encontrados fueron descargados al programa Endnote® y posteriormente se eliminaron las referencias duplicadas. A continuación, las referencias fueron tamizadas por duplicado mediante la lectura de título y resumen, y estuvo a cargo de dos revisores independientes; los desacuerdos serán resueltos por consenso, revisando los títulos y resúmenes en Rayyan® y luego de la verificación del cumplimiento de los criterios de selección se revisaron en el texto completo para orientar la decisión.

Para la selección de estudios, se llevó a cabo la recuperación de texto completo de las referencias preseleccionadas en la tamización y se procedió a su lectura, la cual se realizó de manera independiente por dos revisores. Los desacuerdos fueron resueltos por consenso. Los estudios incluidos en la fase de revisión en texto completo fueron presentados mediante una lista; de igual manera, los estudios excluidos se presentaron junto con la respectiva justificación de su exclusión. El proceso completo de tamización y selección utilizado se presentó empleando el diagrama de flujo propuesto en la declaración *PRISMA* (40)

Evaluación de la calidad metodológica de los documentos incluidos

Teniendo en cuenta el tipo de documento seleccionado se realizará una valoración de la calidad metodológica:

- Guías de Práctica Clínica: AGREE II
- Revisiones sistemáticas: ROBIS

En el caso de la evidencia extraída de las GPC se reportó, según el Sistema utilizado en su elaboración.

Extracción y síntesis de la información

Dos revisores realizaron la extracción de la información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados.

Los datos extraídos de cada estudio incluido fueron:

- Autor principal

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

- Año de publicación
- Diseño del estudio
- Recomendación/Resultado
- Certeza
- Financiación

Metodología del consenso de expertos

Se realiza consenso formal de expertos (CFE), con la metodología modificada Delphi descrita en la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Se reunió a un grupo de personas con experiencia, habilidad o determinados conocimientos científicos, técnicos y prácticos en anticoncepción y así adoptar una decisión de común acuerdo empleando métodos sistemáticos y procesos estructurados.

Desarrollo del consenso de expertos

El consenso de expertos se desarrolla con la participación en modalidad virtual (sincrónica y asincrónica) e inició con la presentación de los participantes, la declaración de conflictos de intereses y consentimiento para la grabación de la sesión; posteriormente, se realizó una introducción general a la temática del lineamiento y la lectura de los objetivos y alcances. Mediante un proceso de discusión en rondas, se mostró a los expertos la metodología utilizada y se presentó una propuesta de lineamiento.

Bajo la moderación de un facilitador, encargado de la coordinación de la discusión en torno a las ideas presentadas para cada pregunta, se determinó una ruta de trabajo para su desarrollo y la votación para lograr consenso de la siguiente manera:

1. Presentación de la pregunta orientadora
2. Presentación de propuesta preliminar del lineamiento
3. Consenso y/o discusión: los expertos planteaban su punto de vista relacionado con el lineamiento propuesto y se discutía en torno a estos comentarios.
4. Ajustes del lineamiento en caso de que los hubiera
5. Votación
6. Resultados de la votación

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

7. Replanteamiento del lineamiento en caso de no alcanzar acuerdo

8. Nueva votación.

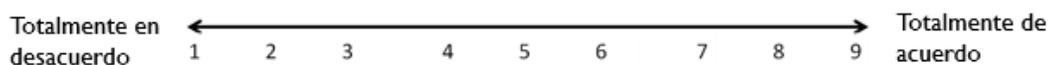
En cada ronda de discusión, los expertos de forma individual analizaron y calificaron cada uno de los lineamientos mediante una votación on-line anonimizada, utilizando una escala Likert entre uno (1) y nueve (9) donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 9 “Totalmente de acuerdo, teniendo en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible.

Los resultados de las votaciones se procesaron y presentaron a los expertos mediante el uso del Google Forms.

Los resultados de la votación se interpretaron de la siguiente manera:

- Los lineamientos se consideran aprobados por los expertos participantes en los paneles, cuando se cumplen alguna de las siguientes dos condiciones: cuando mas del 80% de los votos están entre 7 y 9 o la mediana de los votos se encuentra en el rango de 7 y 9.
- Cuando el 80% de los votos obtenidos se encontraban en el intervalo de 1 a 3 o la mediana de los votos estaba en este intervalo, se consideraba que el lineamiento votado no era aprobado.
- En los casos en que no se alcanzó alguna de las 2 condiciones anteriores se replantearon los lineamientos mediante una discusión en una segunda ronda con el grupo de expertos, quienes tuvieron la posibilidad de reestructurar los puntos críticos y volver a realizar la votación. Hasta no lograr consenso en la pregunta no se pasó a la siguiente.
- Los resultados de las votaciones se procesaron, analizaron y presentaron a los expertos mediante el uso del software Stata v17.

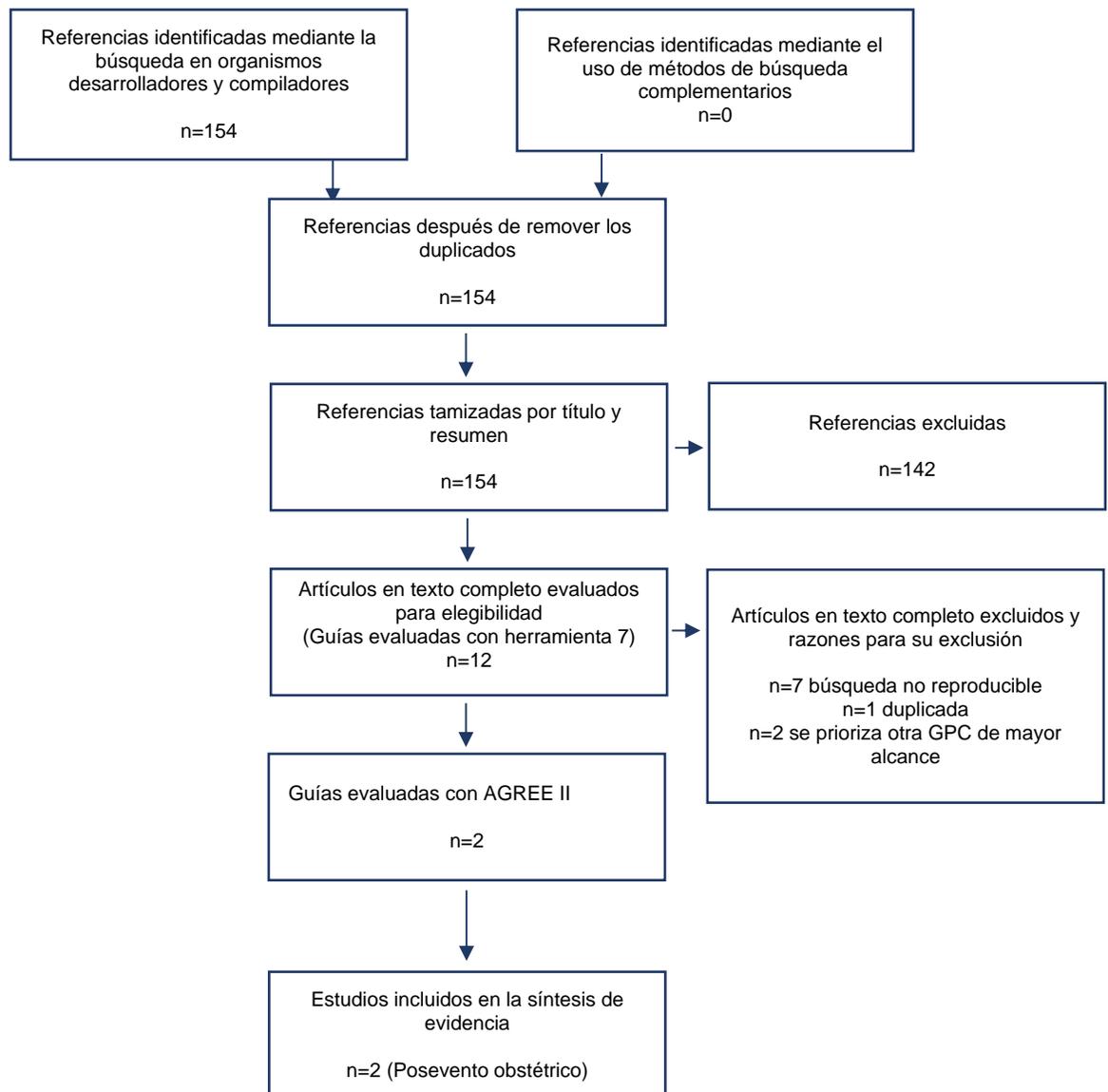
Figura 1. Escala usada para el proceso de votación



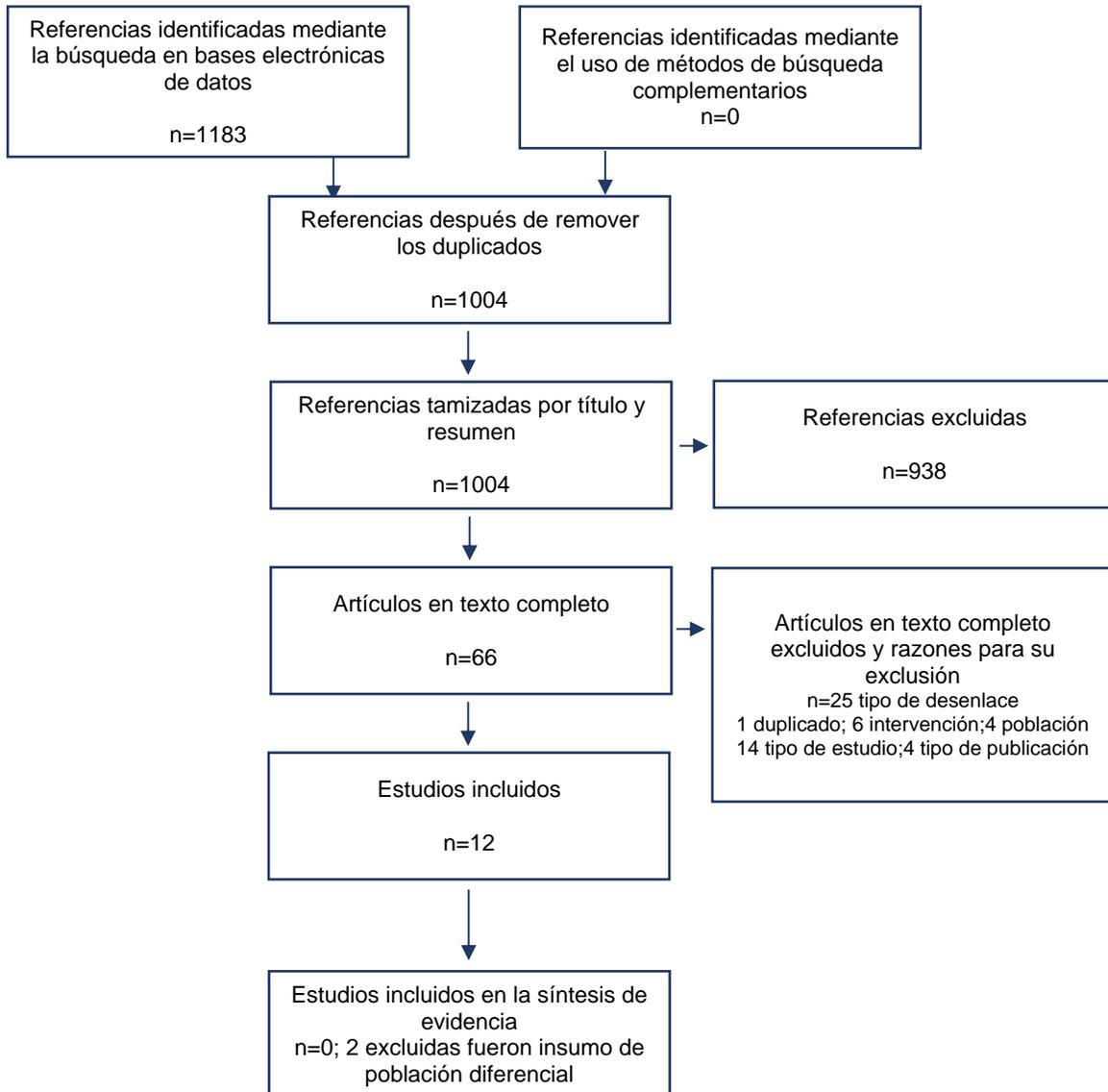
Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá 2010.

Anexo 2. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia

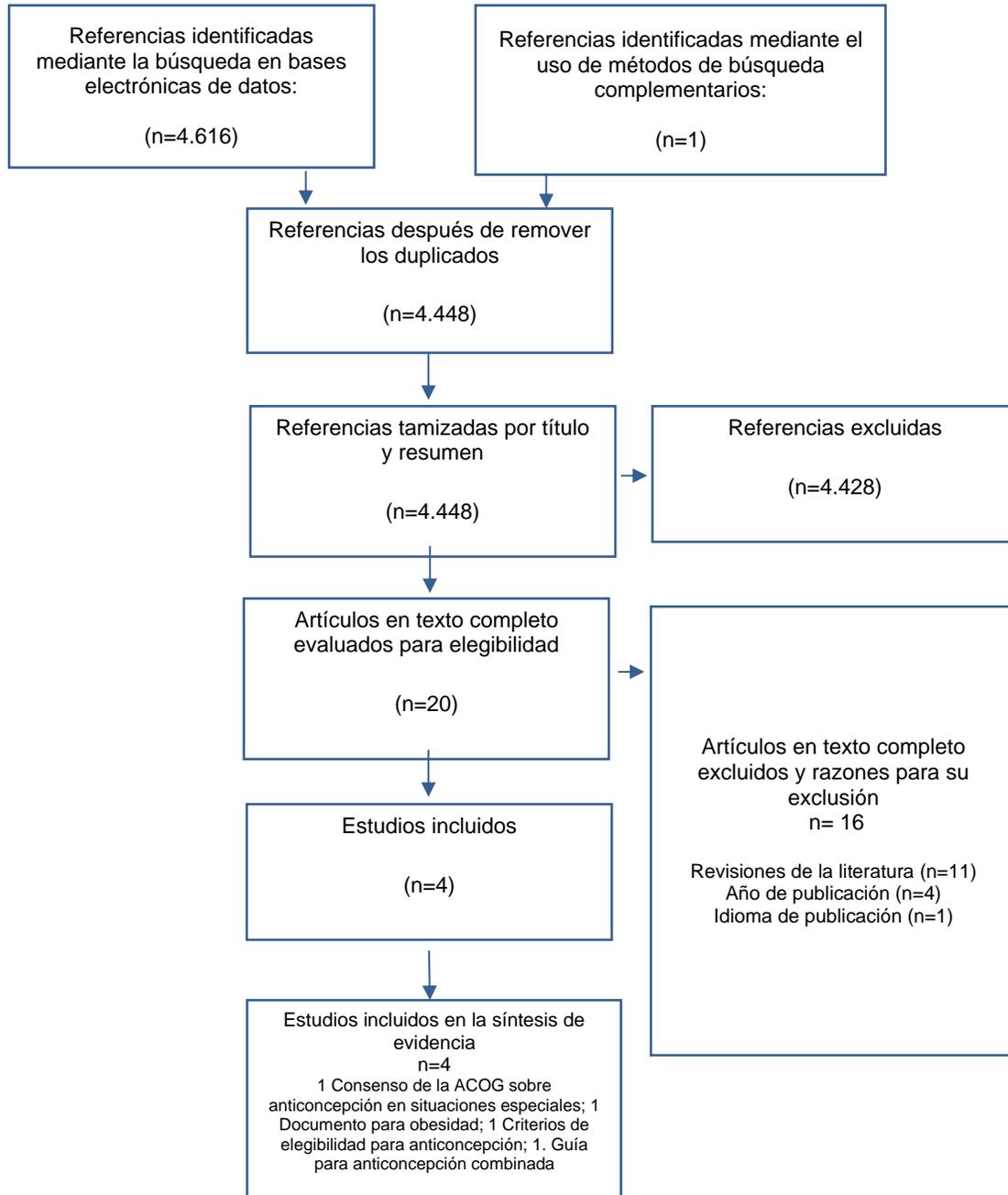
Búsqueda general Guías de Práctica Clínica



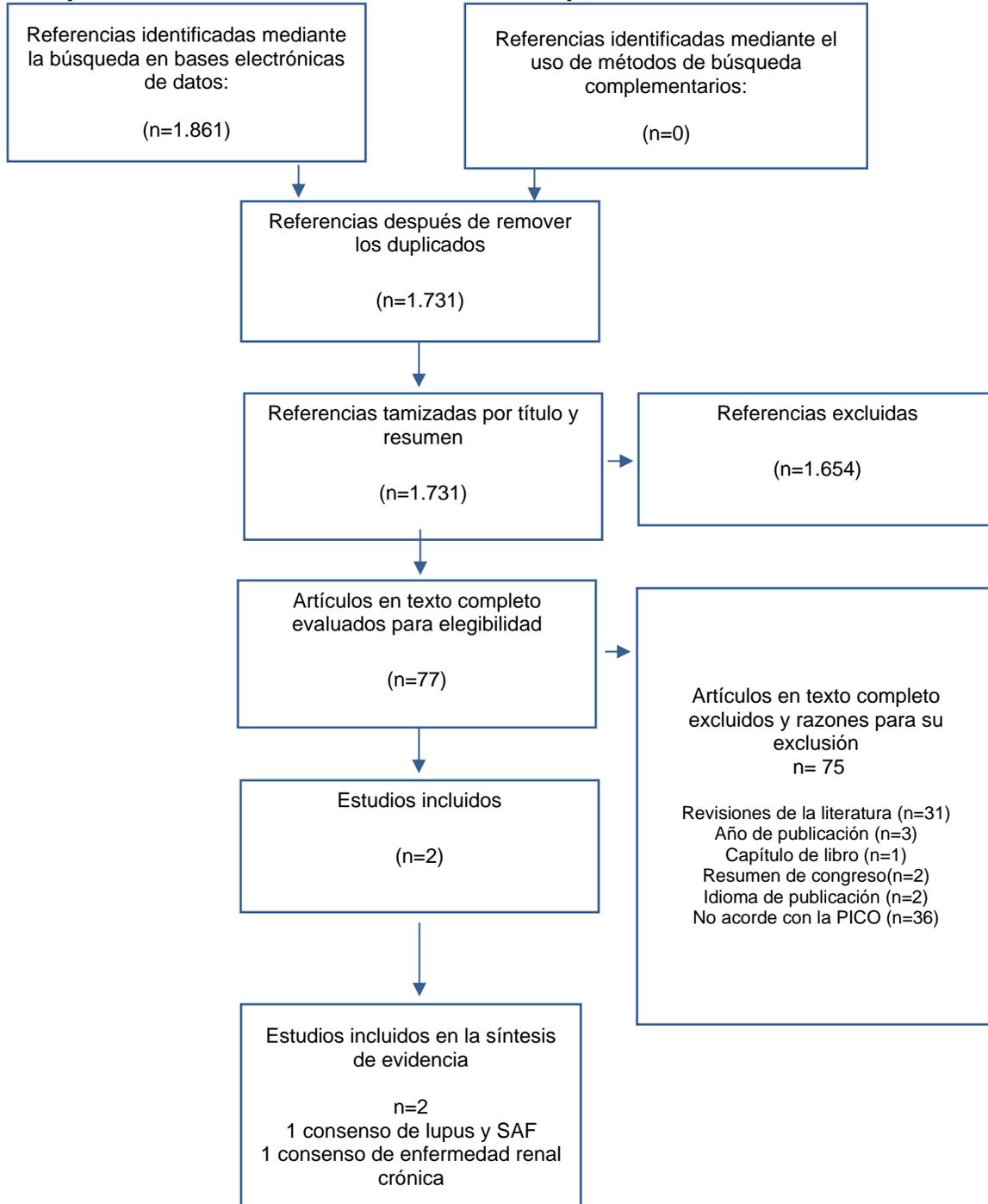
Búsqueda RSL postevento obstétrico



Búsqueda de consensos y posición de sociedades científicas



Búsqueda de RSL condiciones crónicas/especiales



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Anexo 3. Reportes de búsqueda

Búsqueda de GPC

Fuente	Dirección electrónica	Palabra clave /filtro	Resultados	Preseleccionados	Observaciones
GIN	https://guidelines.ebmportal.com/	contraception Filtro: año >=2017	3	1	Excluido: 2 idioma
		abortion Filtro: año >=2017	3	1	Excluidos 2 por idioma Seleccionada: 1 NICE (apartado de anticoncepción)
OMS	https://www.who.int/publications/who-guidelines	Health Topic: Contraception and family planning	5	1	Excluidos: 1 tipo de condición de salud (VIH) 3 por año (Selected practice recommendations for contraceptive use -2016; Medical eligibility criteria for contraceptive use 2015; Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services 2014)
		Health Topic: Abortion	1	1	
		Health Topic: Maternal health	44	1	
CENETEC	https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/	anticoncepción anticonceptivo	0		
		obstetricia	1	0	Excluido: 1 tipo de condición de salud
		obstétrica >=2017	4	1	Excluidas: 3 condición de salud
		aborto	1	0	Excluido: 1 tipo de intervención

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Fuente	Dirección electrónica	Palabra clave /filtro	Resultados	Preseleccionados	Observaciones
CMA CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines	https://joulcma.ca/cpg/ho_mepage	Contracepción Filtro:idioma inglés	6	0	Excluidos: 4: tipo de estudio 2: Condición de salud
		Obstetric Filtro:idioma inglés últimos 5 años	34	2	Excluidos: 32 (No GPC, no intervención, no población, no condición de salud) no GPC (https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html)

Búsqueda postevento obstétrico

RSL

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	Medline
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	08/08/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017-2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	#1 (Postpartum Period[MeSH Terms]) OR (Postpartum[Title/Abstract]) OR (Puerperium[Title/Abstract]) OR (Parturition[MeSH Terms]) OR (Parturition[Title/Abstract]) OR (Birth[Title/Abstract]) OR (Childbirth[Title/Abstract]) - Saved search 526189 #2 (Postcesarean Section[Title/Abstract]) OR (Cesarean Section[MeSH Terms]) OR (Cesarean Section[Title/Abstract]) - Saved search 63113 #3 (Abortion, Induced[MeSH Terms]) OR (abortion, spontaneous[MeSH Terms]) OR (abortion*[Title/Abstract]) OR ("Early Pregnancy Loss*" [Title/Abstract]) OR (Miscarriage*[Title/Abstract]) - Saved search 109792 #4 "Voluntary termination of pregnancy" - Saved search 150

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	<p>#5 "Gestational Trophoblastic Disease"[MeSH Terms] OR "gestational trophoblastic disease"[Title/Abstract] OR (trophoblast*[Title/Abstract] AND (pathology[Title/Abstract] OR disease*[Title/Abstract] OR syndrome*[Title/Abstract])) 10397</p> <p>#6 (((("fetal death"[MeSH Terms] OR "fetal demise"[Title/Abstract] OR "fetal death"[Title/Abstract] OR "Stillbirth"[MeSH Terms] OR "Stillbirth"[Title/Abstract] OR (fetus death[Title/Abstract])) OR (aborted fetus[Title/Abstract])) OR (antepartum death[Title/Abstract])) OR (dead fetus[Title/Abstract])) OR (intrauterine death[Title/Abstract])) OR (prenatal death[Title/Abstract]) 42567</p> <p>#7 "pregnancy, ectopic"[MeSH Terms] OR "ectopic pregnancy"[Title/Abstract] OR "extrauterine pregnanc*[Title/Abstract] OR "abdomen pregnanc*[Title/Abstract] OR "heterotopic pregnanc*[Title/Abstract] 18727</p> <p>#8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 664518</p> <p>#9 "Contraception"[MeSH Terms] OR "Contraception"[Title/Abstract] OR "fertilization inhibition"[Title/Abstract] OR "inhibition of fertilization"[Title/Abstract] OR "birth control"[Title/Abstract] OR "contraceptive*[Title/Abstract] 90136</p> <p>#10 "meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Title/Abstract] OR "meta analysis as topic"[MeSH Terms] OR "review"[Publication Type] OR "search*[Title/Abstract] 3467983</p> <p>#11 #8 AND #9 23760</p> <p>#12 #11 AND #10 2550</p> <p>#13 #11 AND #10 in the last 5 years 478</p>
Referencias identificadas	478

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	Embase
Plataforma	Embbase.com
Fecha de búsqueda	08/08/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017-2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<p>#1. 'puerperium'/exp OR puerperium:ti,ab OR postpartum:ti,ab OR 'birth'/exp OR birth:ti,ab OR parturition:ti,ab OR childbirth:ti,ab OR 'childbirth'/exp OR partus:ti,ab OR puerperal:ti,ab 631,466</p> <p>#2. 'postcesarean section'/exp OR postcesarean:ti,ab OR 'cesarean section'/exp OR cesarean:ti,ab OR cesarian:ti,ab OR caesarea*:ti,ab 137,991</p>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	#3. 'abortion'/exp OR abortion:ti,ab OR abortus:ti,ab OR 'pregnancy loss'/exp OR 'pregnancy loss' OR miscarriage:ti,ab 136,507 #4. 'gestational trophoblastic disease'/exp OR 'gestational trophoblastic disease':ti,ab OR (trophoblast* NEAR/4 (pathology OR disease* OR syndrome*)) 10,599 #5. 'fetus death'/exp OR 'fetus death':ti,ab OR 'fetal death':ti,ab OR 'aborted fetus':ti,ab OR 'antepartum death':ti,ab OR 'dead fetus':ti,ab OR 'intrauterine death':ti,ab OR 'prenatal death':ti,ab OR 'stillbirth'/exp OR stillbirth:ti,ab 55,359 #6. 'ectopic pregnancy'/exp OR 'ectopic pregnancy':ti,ab OR 'abdomen pregnancy':ti,ab OR 'extrauterine pregnancy':ti,ab OR 'heterotopic pregnancy' 26,929 #7. 'voluntary termination of pregnancy':ti,ab 196 #8. 'contraception'/exp OR contraception:ti,ab OR 'fertilization inhibition' OR 'inhibition of fertilization' OR 'birth control'/exp OR contraceptive* OR 'contraceptive agent'/exp 391,346 #9. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 869,145 #10. #8 AND #9 63,248 #11. 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis' OR 'systematic review'/exp OR 'systematic review' 619,129 #12. #10 AND #11 1,421 #13. #10 AND #11 AND [2017-2022]/py 633
Referencias identificadas	633

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	Cochrane
Plataforma	Cochrane Library
Fecha de búsqueda	08/08/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017-2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Cochrane Reviews
Estrategia de búsqueda	#1 MeSH descriptor: [Postpartum Period] explode all trees 1914 #2 MeSH descriptor: [Parturition] explode all trees 548 #3 (Postpartum OR Puerperium OR Parturition OR Birth OR Childbirth):ti,ab,kw 43755 #4 MeSH descriptor: [Cesarean Section] explode all trees 3466 #5 ("Postcesarean Section" OR cesarean OR cesarian OR caesarea*):ti,ab,kw 14946 #6 MeSH descriptor: [Abortion, Induced] explode all trees 1219

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	#7 MeSH descriptor: [Abortion, Spontaneous] explode all trees 1008 #8 (abortion* OR "Pregnancy Loss" OR Miscarriage):ti,ab,kw 7642 #9 MeSH descriptor: [Gestational Trophoblastic Disease] explode all trees 52 #10 trophoblast* AND (pathology OR disease* OR syndrome*) 178 #11 MeSH descriptor: [Fetal Death] explode all trees 394 #12 MeSH descriptor: [Stillbirth] explode all trees 151 #13 ("fetal death" OR "fetal demise" OR Stillbirth OR "fetus death" OR "aborted fetus" OR "antepartum death" OR "dead fetus" OR "intrauterine death" OR "prenatal death"):ti,ab,kw 1940 #14 MeSH descriptor: [Pregnancy, Ectopic] explode all trees 193 #15 ("ectopic pregnancy" OR "extrauterine pregnanc*" OR "abdomen pregnanc*" OR "heterotopic pregnanc*"):ti,ab,kw 773 #16 (Voluntary termination of pregnancy):ti,ab,kw 41 #17 {OR #1-#16} 60379 #18 MeSH descriptor: [Contraception] explode all trees 592 #19 (Contraception OR "fertilization inhibition" OR "inhibition of fertilization" OR "birth control" OR "contraceptive*"):ti,ab,kw 14887 #20 #18 OR #19 14927 #21 #17 AND #20 with Cochrane Library publication date Between Jan 2017 and Dec 2022, in Cochrane Reviews 10
Referencias identificadas	10

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	LILACS
Plataforma	BVS
Fecha de búsqueda	09/08/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017-2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	#1 (mh:(contraception)) OR (contraception) OR (contraceptive*) 14362 #2 (mh:("Postpartum Period")) OR (postpartum) OR (puerperium) OR (mh:("Cesarean Section")) OR (postcesarean) OR (mh:(abortion)) OR (mh:(" Gestational Trophoblastic Disease")) OR (mh:("fetal death")) OR (mh:(pregnancy, ectopic)) OR ("Voluntary termination of pregnancy") 8819

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	<p>#3 ((mh:(contraception)) OR (contraception) OR (contraceptive*)) AND ((mh:("Postpartum Period")) OR (postpartum) OR (puerperium) OR (mh:("Cesarean Section")) OR (postcesarean) OR (mh:(abortion)) OR (mh:("Gestational Trophoblastic Disease")) OR (mh:("fetal death")) OR (mh:(pregnancy, ectopic)) OR ("Voluntary termination of pregnancy")) 354</p> <p>#4 ((mh:(contraception)) OR (contraception) OR (contraceptive*)) AND ((mh:("Postpartum Period")) OR (postpartum) OR (puerperium) OR (mh:("Cesarean Section")) OR (postcesarean) OR (mh:(abortion)) OR (mh:("Gestational Trophoblastic Disease")) OR (mh:("fetal death")) OR (mh:(pregnancy, ectopic)) OR ("Voluntary termination of pregnancy")) AND (review) AND (db:("LILACS")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])-->12</p>
Referencias identificadas	12

Característica	Reporte
Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	Google Scholar
Plataforma	Google Scholar
Fecha de búsqueda	08/08/2022
Rango de fecha de búsqueda	2017-2022
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Sin incluir citas
Estrategia de búsqueda	"Contraception" +(Postpartum OR Puerperium OR Parturition OR Postcesarean OR cesarean OR Abortion OR "Gestational Trophoblastic Disease" OR "fetal death" OR "intrauterine death" OR "ectopic pregnancy" OR "Voluntary termination of pregnancy") +"systematic review"
Referencias identificadas	50 primeros resultados

Búsqueda para condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	EMBASE
Plataforma	EMBASE
Fecha de búsqueda	10 de agosto de 2022

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas		
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Ninguno	
Estrategia de búsqueda (resultados)		
	#1 'hormonal contraception'/exp	6.442
	#2 (contraception NEAR/3 hormonal):ab,ti,kw	5.176
	#3 (female NEAR/3 hormonal NEAR/3 contraception):ab,ti,kw	65
	#4 Search: #1 OR #2 OR #3	8.422
	#5 'oral contraceptive agent'/exp	72.988
	#6 (contraceptive* NEAR/3 agent* NEAR/3 female NEAR/3 combined):ab,ti,kw	0
	#7 (oral NEAR/3 contraceptives NEAR/3 combined):ab,ti,kw	2.370
	#8 (contraception NEAR/3 hormonal):ab,ti,kw	5.176
	#9 #5 OR #6 OR #7 OR #8	76.113
	#10 'transdermal patch'/exp	5.981
	#11 (transdermal NEAR/3 patch*):ab,ti,kw	4.460
	#12 (patch NEAR/3 transdermal NEAR/3 system):ab,ti,kw	114
	#13 (skin NEAR/3 patch):ab,ti,kw	1.851
	#14 (transdermal NEAR/3 drug* NEAR/3 delivery NEAR/3 patch*):ab,ti,kw	67
	#15 #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR	9.533
	#16 'vagina ring'/exp	2.405
	# 17 (vaginal NEAR/3 ring*):ab,ti,kw	1.907
	#18 #16 OR #18	2.909
	#19 'injectable contraceptive agent'/exp	20.008
	#20 (agent NEAR/3 injectable NEAR/3 contraceptive):ab,ti,kw	6
	#21 (antifertility NEAR/3 injection):ab,ti,kw	0
	#22 (contraceptive NEAR/3 injectable):ab,ti,kw	674
	#23 Search: #19 OR #20 OR #21 OR #22	20.183
	#24 'gestagen'/exp	194.670
	#25 (progesta* NEAR/3 agent):ab,ti,kw	171
	#26 (progestagen):ab,ti,kw	1.591
	#27 (progesta* NEAR/3 compound):ab,ti,kw	56
	#28 (progesta* NEAR/3 hormone*):ab,ti,kw	276
	#29 (progest*):ab,ti,kw	131.334

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas		
#30 (gestagen* NEAR/3 agent):ab,ti,kw		0
#31 (progest* NEAR/3 effect*):ab,ti,kw		9.001
#32 (gestoge*):ab,ti,kw		66
#33 (progestational NEAR/3 drug):ab,ti,kw		14
#34 (progestational NEAR/3 hormones):ab,ti,kw		149
#35 (progestational NEAR/3 hormones NEAR/3 synthetic):ab,ti,kw		25
#36 (progestogen):ab,ti,kw		4.958
#37 #24 OR #25 OR #25 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36		238.677
#38 'levonorgestrel'/exp		12.776
#39 (etonogestrel):ab,ti,kw		998
#40 'etonogestrel'/exp		2.924
#41 #38 OR #39 OR #40		14.512
#42 'medroxyprogesterone'/exp		5.572
#43 'norethisterone enantate'/exp		696
#44 (norethindrone NEAR/3 enanthate):ab,ti,kw		19
#45 (norethisterone NEAR/3 enanthate):ab,ti,kw		222
#46 Search: #43 OR #44 OR #45		742
#47 'levonorgestrel'/exp		12.776
#48 'ulipristal'/exp		1.489
#49 (ulipristal NEAR/3 acetate):ab,ti,kw		891
#50 Search: #47 OR #48 OR #49		13.852
#51 'levonorgestrel releasing intrauterine system'/exp		1.625
#52 (device* NEAR/3 medicated NEAR/3 intrauterine):ab,ti,kw		66
#53 (intrauterine NEAR/3 device* NEAR/3 hormone NEAR/3 releasing):ab,ti,kw		39
#54 (IUD* NEAR/3 hormone NEAR/3 releasing):ab,ti,kw		26
#55 (medicated NEAR/3 intrauterine NEAR/3 devices):ab,ti,kw		37
#56 (intrauterine NEAR/3 devices NEAR/3 progesterone NEAR/3 releasing):ab,ti,kw		15
#57 (levonorgestrel NEAR/3 IUD):ab,ti,kw		497
#58 (levonorgestrel NEAR/3 releasing NEAR/3 intrauterine NEAR/3 system):ab,ti,kw		1.053
#59 Search: #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58		2.686
#60 Search: #15 OR #18 OR #23 OR #37 OR #41 OR #46 OR #50 OR #59		284.536
# 61 'chronic kidney failure'/exp		183,852
# 62 (chronic NEAR/3 renal NEAR/3 insuficienc*):ab,ti,kw		8,087

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas	
# 63 (kidney NEAR/3 insuficienc* NEAR/3 chronic):ab,ti,kw	413
#64 Search: #61 OR #62 OR #63	186,011
#65 #64 AND #60 AND 'systematic review'/de	256
#66 'neoplasm'/exp	5,682,029
#67 (tumor*):ab,ti,kw	2,273,595
#68 (neoplas*):ab,ti,kw	523,901
#69 #66 OR #67 OR #68	6.144.832
#70 #60 AND #69 AND ('systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de)	927
#71 'systemic lupus erythematosus'/exp	109,447
#72 (systemic NEAR/3 lupus NEAR/3 erythematosus):ab,ti,kw	81,631
#73 (disseminat* NEAR/3 lupus NEAR/3 erythemat*):ab,ti,kw	1,478
# 74 #1 OR #2 OR #3	120,908
#75 #60 AND #74	575
#76 #75 AND ('systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de)	16
#77'antiphospholipid syndrome'/exp	19,175
#78(sindromeNEAR/3antiphospholipid):ab,ti,kw	16,781
#79(antiphospholipidNEAR/3antibody NEAR/3syndrome):ab,ti,kw	2,588
#80 #1 OR #2 OR #3	21,628
#81 #60 AND #80	249
#82 #81 AND ('systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de)	10
#83 'thromboembolism'/exp	629,778
#84 (embolism NEAR/3 thrombo*):ab,ti,kw	12,341
#85 'pulmonary embolism'/exp	115,159
#86 #83 OR #84 OR #85	630,973
#87 #60 AND #86	6.041
#88 #87 AND ('systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de)	198
Referencias identificadas	1.407

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	MEDLINE

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Plataforma	PUBMED
Fecha de búsqueda	5 de julio de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	
	#1 "Hormonal Contraception"[Mesh] 151
	#2 (contraception [Title/Abstract] AND hormonal[Title/Abstract]) 5,880
	#3 (female [Title/Abstract] AND hormonal [Title/Abstract] AND contraception[Title/Abstract]) 1,659
	#4 Search: #1 OR #2 OR #3 5,908
	#5 "contraceptives, oral, combined"[MeSH Terms] 4,974
	#6 (contraceptive* [Title/Abstract] AND agent* [Title/Abstract] AND female [Title/Abstract] AND combined[Title/Abstract]) 1,657
	#7 (oral [Title/Abstract] AND contraceptives [Title/Abstract] AND combined[Title/Abstract]) 4,519
	#8 (contraception [Title/Abstract] AND hormonal[Title/Abstract]) 5,880
	#9 Search: #5 OR #6 OR #7 OR #8 12,540
	#10 "transdermal patch"[MeSH Terms] 1,510
	#11 (transdermal [Title/Abstract] AND patch*[Title/Abstract]) 4,489
	#12 (patch [Title/Abstract] AND transdermal [Title/Abstract] AND system[Title/Abstract]) 848
	#13 (skin [Title/Abstract] AND patch[Title/Abstract]) 7,510
	#14 (transdermal [Title/Abstract] AND drug* [Title/Abstract] AND delivery [Title/Abstract] AND patch*[Title/Abstract]) 1,064
	#15 Search: #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 11,576
	#16 (vaginal [Title/Abstract] AND ring*[Title/Abstract]) 1,868

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

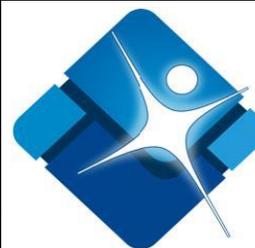


**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SECRETARÍA DE SALUD

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN
POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN
MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA



Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#17 (agent [Title/Abstract] AND injectable [Title/Abstract] AND contraceptive[Title/Abstract])	42
#18 (antifertility [Title/Abstract] AND injection[Title/Abstract])	91
#19 (contraceptive [Title/Abstract] AND injectable[Title/Abstract])	1,533
#20 Search: #16 OR #17 OR #18 OR #19	1,621
#21 "progestins"[MeSH Terms]	11,021
#22 (progesta* [Title/Abstract] AND agent[Title/Abstract])	288
#23 (progestagen[Title/Abstract])	1,434
#24 (progesta* [Title/Abstract] AND compound[Title/Abstract])	201
#25 (progesta* [Title/Abstract] AND hormone*[Title/Abstract])	2,970
#26 (progest*[Title/Abstract])	108,104
#27 (gestagen* [Title/Abstract] AND agent[Title/Abstract])	22
#28 (progest* [Title/Abstract] AND effect*[Title/Abstract])	50,970
#29 (gestoge*[Title/Abstract])	49
#30 (progestational [Title/Abstract] AND drug[Title/Abstract])	331
#31 (progestational [Title/Abstract] AND hormones[Title/Abstract])	1,852
#32 (progestational [Title/Abstract] AND hormones [Title/Abstract] AND synthetic[Title/Abstract])	180
#33 (progestogen[Title/Abstract])	4,070
#34 Search: #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33	111,826
#35 "levonorgestrel"[MeSH Terms]	4,623
#36 (etonogestrel[Title/Abstract])	607
#37 Search: #44 OR #45	5,130
#38 "medroxyprogesterone"[MeSH Terms]	7,356
#39 (norethindrone [Title/Abstract] AND enanthate[Title/Abstract])	150
#40 (norethisterone [Title/Abstract] AND enanthate[Title/Abstract])	259
#41 Search: #38 OR #49 OR #40	307
#42 "levonorgestrel"[MeSH Terms]	4,623

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#43 (ulipristal [Title/Abstract] AND acetate[Title/Abstract])	497
#44 Search: #44 OR #51	5,054
#45 "intrauterine devices, medicated"[MeSH Terms]	3,626
#46 (device* [Title/Abstract] AND medicated [Title/Abstract] AND intrauterine[Title/Abstract])	107
#47 (intrauterine [Title/Abstract] AND device* [Title/Abstract] AND hormone [Title/Abstract] AND releasing[Title/Abstract])	270
#48 (IUD [Title/Abstract] AND hormone [Title/Abstract] AND releasing[Title/Abstract])	357
#49 (medicated [Title/Abstract] AND intrauterine [Title/Abstract] AND devices[Title/Abstract])	75
#50 (intrauterine [Title/Abstract] AND devices [Title/Abstract] AND progesterone [Title/Abstract] AND releasing[Title/Abstract])	83
#51 (levonorgestrel [Title/Abstract] AND IUD[Title/Abstract])	903
#52 (levonorgestrel [Title/Abstract] AND releasing [Title/Abstract] AND intrauterine [Title/Abstract] AND system[Title/Abstract])	1
#61 #45 OR # 46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52	4.444
#62 #4 OR #9 OR #15 OR #20 OR #34 OR #37 OR #41 OR #44 OR #61	140.867
#63"renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms]	129,088
#64 (chronic [Title/Abstract] AND renal [Title/Abstract] AND insuficienc* [Title/Abstract])	10,374
#65 (kidney [Title/Abstract] AND insuficienc* [Title/Abstract] AND chronic [Title/Abstract])	4,451
#66 #63 OR #64 OR #65	134,172
#67 #62 AND #66 AND meta-analysis[Publication Type] OR meta analysis[Title/Abstract] OR meta analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]	43

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#68 Lupus Erythematosus, Systemic[Mesh]	64,884
#69 (systemic [Title/Abstract] AND lupus [Title/Abstract] AND erythematosus [Title/Abstract])	57,985
#70 (disseminat* [Title/Abstract] AND lupus [Title/Abstract] AND erythemat* [Title/Abstract])	2,179
#71 Search: #68 OR #69 OR #70	80,158
#72 #60 AND #71 AND meta-analysis[Publication Type] OR meta analysis[Title/Abstract] OR meta analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]	87
#73 "Antiphospholipid Syndrome"[Mesh]	8,980
#74(syndrome [Title/Abstract] AND antiphospholipid [Title/Abstract])	11,096
#75(antiphospholipid [Title/Abstract] AND antibody [Title/Abstract] AND syndrome [Title/Abstract])	3,318
# 76 Search: #73 OR #74 OR #75	12,732
#77 #60 AND #76 AND ('systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de)	48
#78 "Neoplasms"[Mesh]	3,710,764
#79 (tumor* [Title/Abstract])	1,658,259
#80 (neoplas* [Title/Abstract])	434,192
#81 Search: #1 OR #2 OR #3	4,242,368
#82 #60 AND #92 AND meta-analysis[Publication Type] OR meta analysis[Title/Abstract] OR meta analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]	1.409
#84 "venous thrombosis"[MeSH Terms]	58,625
#85 "pulmonary embolism"[MeSH Terms]	42,291
#86 (pulmonar*[Title/Abstract] AND (embolism[Title/Abstract] OR t?romboembolism[Title/Abstract]))	43,537
#87 (veno*[Title/Abstract] AND (t?rombo*[Title/Abstract] OR embolism[Title/Abstract]))	17,109
#88 #84 OR #85 OR #86 OR #87	111.082

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	#89 #60 AND #87 AND meta-analysis[Publication Type] OR meta-analysis[Title/Abstract] OR meta-analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search*[Title/Abstract]	163
Referencias identificadas	1.750	

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	MEDLINE
Plataforma	OVID
Fecha de búsqueda	5 DE JULIO
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	
	#1 exp Contraception/: 559
	#2 contracep*.ti,ab.: 14.291
	#3 #1 OR #3: 14.403
	#4 exp Myocardial Infarction/: 11.800
	#5 (myocardial adj3 infarct*).ti,ab.: 32.369
	#7 (heart adj3 (attack* or infarct*).ti,ab.: 2.505
	#8 (cardiovascular adj3 stroke*).ti,ab. : 1.248
	#9 #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8: 35.571
	#10 #3 AND #9: 128
	#11 stroke.ti,ab: 282.525
	#12 (accident* adj3 (brain or cerebrovascular)).ti,ab.:941
	#13 apoplexy.ti,ab.:349
	#14 ((brain or cerebral) adj3 (ischemia* or thrombosis)).ti,ab:1.650
	#15(hemorrhage adj3 (cerebral or intracranial or subarachnoid or brain)).ti,ab.:2
	#16 (intracranial adj3 (embolism or thrombosis)).ti,ab.:39
	#17 (transient adj3 (ischem* adj attack)).ti,ab. : 1.864
	#18 exp Cerebrovascular Disorders/:17.317
	#19 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18: 66.704
	#20 #19 AND #3: 164
	#21 exp Essential Hypertension/: 225
	#22 (hypertension adj3 (systemic or essential or arterial)).ti,ab.: 11.385
	#23 (high adj3 "blood pressure").ti,ab: 3.373

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#24 #21 OR #22 OR #23: 14.480
#25 # 23 AND #3: 111
#26 exp Hyperlipidemias/:69.588
#27 (Hypertriglyceridemia or Hypercholesterolemia or Dyslipidemias).ti,ab.: 38.272
#28 Hyperlipidemias.ti,ab.:556
#29 #26 OR #27 OR #28: 88.027
#30 #29 AND #3 : 50
#31 exp Epilepsy/: 2.539
#32 epilepsy.ti,ab.:6.701
#33 seizure*.ti,ab.:8.721
#34 exp Seizures/: 1.199
#35 #31 OR #32 OR # 33 OR#34: 12.429
#36 #35 AND #3: 125
#37 exp diabetes mellitus, type 1/: 83.831
#38 exp diabetes mellitus, type 2/ : 160.707
#39 (diabetes adj3 mellitus).ti,ab. :220.152
#40 diabet*.ti,ab. : 724.863
#41 (insulin depend* or noninsulin depend or insulin* secret* dysfunc* or insulin* resist* or impaired glucose tolerance or glucose intoleran or autoimmun* or sudden onset or adult* onset).ti,ab. :341.658
#42 #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR#41: 989.189
#43 #42AND #3: 2.373
#44 exp overweight/: 195.578
#45 body adj3 weight adj3 excess.ti,ab.:215
#46 overweight.ti,ab.:18.871
#47 exp obesity/: 16.454
#48 obesity.ti,ab.: 29.836
#49 #44 OR #45 OR # 46 OR #47 OR #48:46.434
#50 #49 AND #3: 329
Referencias identificadas 3.280

Reporte de búsqueda : condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	COCHRANE
Plataforma	COCHRANE
Fecha de búsqueda	10 de agosto de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Estrategia de búsqueda (resultados)		
# 1 MeSH descriptor: [Lupus Erythematosus, Systemic] explode all trees		1.190
# 2 (systemic AND lupus AND erythematosus)		2.694
# 3 (disseminat* AND lupus AND erythemat*)		43
#4 Search: #1 OR #2 OR #3		2.878
# 5 MeSH descriptor: [Contraception] in all MeSH products		592
# 6 (fertilization AND inhibition)		77
# 7 (fertility AND control)		3.083
# 8 (birth AND control)		18.862
# 9 (contraceptive AND method*)		5.285
# 10 (female AND contraception*)		6.754
# 11 (abstinence AND periodical)		4
# 12 (anticonception)		54
# 13 (antifertility)		19
# 14 (conception AND control)		1.924
# 15 (contraceptive AND technique)		280
# 16 (periodic* AND abstinence)		96
# 17 (periodic AND continence)		8
# 18 (rhythm AND method)		3.444
# 19 Search: #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18		34.438
# 20 MeSH descriptor: [Hormonal Contraception] explode all trees		0
# 21 (contraception AND hormonal)		1.845
# 22 (female AND hormonal AND contraception)		1.341
# 23 Search: #20 OR #21 OR #22		1.845
# 24 Search: #19 OR #23		34.703
# 25 Search: #4 AND #24		121
# 26 ÚLTIMOS 5 AÑOS		25
# 27 MeSH descriptor: [Renal Insufficiency, Chronic] explode all trees		7.347
# 28 (chronic AND renal AND insuficienc*)		4.610
# 29 (kidney AND insuficienc* AND chronic)		4.020
# 30 Search: #27 OR #28 OR #29		8.671
# 31 Search: #30 AND #24		277
# 32 ÚLTIMOS 5 AÑOS		101

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	# 33 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	89.270
	# 34 (tumor*)	75.984
	# 35 (neoplas*)	92.640
	# 36 Search: #33 OR #34 OR #35	156.346
	# 37 Search: #36 AND #24	1.890
	# 38 ÚLTIMOS 5 AÑOS	638
	# 39 MeSH descriptor: [Thromboembolism] explode all trees	2.298
	# 40 (embolism AND thrombo*)	5.873
	# 41 MeSH descriptor: [pulmonary embolism] explode all trees	1.117
	# 42 Search: #39 OR #40 OR #41	7.610
	# 43 Search: #42 AND #24	375
	# 44 ÚLTIMOS 5 AÑOS	129
Referencias identificadas	893	

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por diseño de revisiones sistemáticas		
Tipo de búsqueda	Electronica	
Base de datos	LILACS	
Plataforma	LILACS	
Fecha de búsqueda	10 de agosto de 2022	
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años	
Restricciones de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Ninguno	
Estrategia de búsqueda (resultados)		
	# 1 Lupus Erythematosus, Systemic	76.614
	# 2 Lupus Eritematoso Sistémico	59.881
	# 3 Lúpus Eritematoso Sistêmico	59.881
	# 4 "Hormonal Contraception"	13.429
	# 5 Anticoncepción Hormonal	3.062
	# 6 Contracepção Hormonal	2.824
	# 7 Contraception	164.707
	# 8 Anticoncepción	33.590
	# 9 Anticoncepção	25.726
	# 10 ("Hormonal Contraception") OR (Contraception)	164.707
	# 11 (Anticoncepción Hormonal) OR (Anticoncepción)	33.590
	# 12 (Contracepção Hormonal) OR (Anticoncepção)	25.818

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

# 13 (Lupus Erythematosus, Systemic) AND (“Hormonal Contraception”) OR (Contraception)	326
# 14 (Lupus Eritematoso Sistémico) AND ((Anticoncepción Hormonal) OR (Anticoncepción))	66
# 15 (Lúpus Eritematoso Sistêmico) AND ((Contracepção Hormonal) OR (Anticoncepção))	61
# 16 (Lupus Erythematosus, Systemic) AND (“hormonal contraception”) OR (contraception)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews” OR “sysrev_observational_studies”))	14
# 17 (Lupus Eritematoso Sistémico) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews” OR “sysrev_observational_studies”))	3
# 18 (Lúpus Eritematoso Sistêmico) AND ((contracepção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews”))	3
# 19 (Lupus Erythematosus, Systemic) AND (“hormonal contraception”) OR (contraception)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews” OR “sysrev_observational_studies”)) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	5
# 20 (Lupus Eritematoso Sistémico) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews” OR “sysrev_observational_studies”)) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	1
# 21 (Lúpus Eritematoso Sistêmico) AND ((contracepção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews”)) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	1
# 22 Renal Insufficiency, Chronic	59.924
# 23 Insuficiencia Renal Crónica	141.811
# 24 Insuficiência Renal Crônica	141.811
# 25 (Renal Insufficiency, Chronic) AND (“Hormonal Contraception”) OR (Contraception)	244
# 26 (Insuficiencia Renal Crónica) AND ((Anticoncepción Hormonal) OR (Anticoncepción))	62
# 27 (Insuficiência Renal Crônica) AND ((Contracepção Hormonal) OR (Anticoncepção))	19
# 28 (Renal Insufficiency, Chronic) AND (“hormonal contraception”) OR (contraception)) AND (type_of_study:(“systematic_reviews” OR “sysrev_observational_studies”))	8

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

# 29 (Insuficiencia Renal Crónica) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies"))	3
# 30 (Insuficiência Renal Crônica) AND ((contraceção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:("systematic_reviews"))	1
# 31 (Renal Insufficiency, Chronic) AND ((“hormonal contraception”) OR (contraception)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	1
# 32 (Insuficiencia Renal Crónica) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	0
# 33 (Insuficiência Renal Crônica) AND ((contraceção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:("systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	0
# 34 Neoplasms	54.913
# 35 Neoplasias	56.769
# 36 (Neoplasms) AND ((“Hormonal Contraception”) OR (Contraception))	11.785
# 37 (Neoplasias) AND ((Anticoncepción Hormonal) OR (Anticoncepción))	991
# 38 (Neoplasias) AND ((Contraceção Hormonal) OR (Anticoncepção))	694
# 39 (Neoplasms) AND ((“hormonal contraception”) OR (contraception)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies"))	417
# 40 (Neoplasias) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies"))	38
# 41 (Neoplasias) AND ((contraceção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:("systematic_reviews"))	31
# 42 (Neoplasms) AND ((“hormonal contraception”) OR (contraception)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	107
# 43 (Neoplasias) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:("systematic_reviews"	12

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	
	# 44 (Neoplasias) AND ((contracepção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:("systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	9
	# 45 Thromboembolism	96.769
	# 46 Tromboembolia	76.536
	# 47 Tromboembolia	76.536
	# 48 (Thromboembolism) AND (("Hormonal Contraception") OR (Contraception))	2.280
	# 49 (Tromboembolia) AND ((Anticoncepción Hormonal) OR (Anticoncepción))	208
	# 50 (Tromboembolia) AND ((Contracepção Hormonal) OR (Anticoncepção))	206
	# 51 (Thromboembolism) AND (("hormonal contraception") OR (contraception)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies"))	105
	# 52 (Tromboembolia) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies"))	12
	# 53 (Tromboembolia) AND ((contracepção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:("systematic_reviews"))	12
	# 54 (Thromboembolism) AND (("hormonal contraception") OR (contraception)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	6
	# 55 (Tromboembolia) AND ((anticoncepción hormonal) OR (anticoncepción)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	1
	# 56 (Tromboembolia) AND ((contracepção hormonal) OR (anticoncepção)) AND (type_of_study:("systematic_reviews")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	1
Referencias identificadas	144	

Búsqueda consensos y posiciones de sociedades científicas para condiciones especiales

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Reporte de búsqueda: condiciones especiales por consensos y posiciones de sociedades científicas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	10 de agosto de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	
	#1 'contracep*':ti,ab: 90.949
	#2 'contraception'/exp: 187.733
	#3 #1 OR #3: 227.659
	#4 'heart infarction'/exp: 440.878
	#5 (myocardial NEAR/3 infarct*):ti,ab: 317.913
	#7 (heart NEAR/3 (attack* OR infarct*)):ti,ab : 25.375
	#8 (cardiovascular NEAR/3 stroke*):ti,ab: 8.080
	#9 #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8: 495.710
	#10 #3 AND #9: 2.026
	#11 'stroke':ti,ab: 451.479
	#12 (accident* NEAR/3 (brain OR cerebrovascular)):ti,ab: 12,937
	#13 'apoplexy':ti,ab: 3.993
	#14 (intracranial NEAR/3 (embolism OR thrombosis)):ti,ab: 1,005
	#15('hemorrhage' NEAR/3 ('cerebral' OR 'intracranial' OR 'subarachnoid' OR 'brain')):ti,ab: 130
	#16 (('brain' OR 'cerebral') NEAR/3 ('ischemia*' OR 'thrombosis')):ti,ab: 56.136
	#17 ('transient' NEAR/3 'ischemic attack'):ti,ab: 16.174
	#18 'cerebrovascular disease'/exp: 850.965
	#19 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18: 953.534
	#20 #19 AND #3: 4.501
	#21 'essential hypertension'/exp:29.575
	#22 ('hypertension' NEAR/3 (systemic OR essential OR arterial)):ti,ab:110.293
	#23 (('high' OR 'elevated') NEAR/3 'blood pressure'):ti,ab: 44.055
	#24 #21 OR #22 OR #23: 159.927
	#25 # 24 AND #3: 705
	#26 'dyslipidemias'/exp: 88.618
	#27 'hyperlipidemia'/exp: 43.291
	#28 'd?slipidemia*':ti,ab:18.286
	#29 'hypercholesterolemia':ti,ab:39.942

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#30 'hyperlipidemia':ti,ab:43.291
#31 'hypertriglyceridemia':ti,ab:18.286
#32 #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 : 287.960
#33 #30 AND #3 : 2.061
#34 'epilepsy'/exp : 280.249
#35 'epilepsy':ti,ab: 172.231
#36 'seizure':ti,ab: 112.284
#37 #34 OR #35 OR# 36: 335.722
#38 #37 AND #3: 1.435
#39 'diabetes mellitus, type 1'/exp: 135.527
#40 diabetes mellitus, type 2'/exp: 307.791
#41 (diabetes NEAR/3 mellitus):ti,ab: 327.047
#42 (diabet*):ti,ab: 1.109.393
#43 ('insulin depend*'):ti,ab OR ('noninsulin depend'):ti,ab OR ('insulin* secret* dysfunc*'):ti,ab OR ('insulin* resist*'):ti,ab OR ('impaired glucose tolerance'):ti,ab OR ('glucose intoleran'):ti,ab OR ('autoimmun*'):ti,ab OR ('sudden onset'):ti,ab OR ('adult* onset'):ti,ab: 505.558
#44 #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43
#45 #44 AND #3: 6.532
#46 'overweight'/exp: 616.627
#47 (body NEAR/3 weight NEAR/3 excess):ti,ab: 2.051
#48 (overweight):ti,ab: 122.464
#49 'obesity'/exp: 616.627
#50 #46 OR #47 OR # 48 OR #49: 698.125
#51 #50 AND #3: 6.045
#52 ((clinical NEAR/3 pathway):ti,ab,kw) OR ((clinical NEAR/3 pathways):ti,ab,kw) OR ((practice NEAR/3 parameter):ti,ab,kw) OR ((practice NEAR/3 parameters):ti,ab,kw) OR 'algorithms':ti,ab,kw OR 'care pathway':ti,ab,kw OR (care:ti,ab,kw AND pathways:ti,ab,kw) OR 'clinical protocols':pt OR 'consensus':pt OR 'consensus development conference':pt OR 'consensus development conference, nih':pt OR 'consensus development conferences as topic':ti,ab OR 'consensus development conferences, nih as topic':ti,ab OR 'critical pathway':ti,ab OR 'guidance':ti,ab OR guideline*:ti OR 'guidelines as topic' OR 'practice guidelines as topic' OR 'health planning guidelines' OR 'practice guideline': 916.600
#53 #10 AND #52:86 (IAM)
#54 #20 AND #52:190 (ACV)
#55 #33 AND #52:101 (DISLIPIDEMIA)
#56 #38 AND #52:105 (EPILEPSIA)
#57 #45 AND #52:227 (DIABETES)
#58 #51 AND #52:287 (OBESIDAD)
#59 #25 AND #52 :32 (HTA)
Referencias identificadas 1.028

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Reporte de búsqueda: Condiciones especiales por consensos y posiciones de sociedades científicas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Medline
Plataforma	OVID
Fecha de búsqueda	10 de agos de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	
	#1 exp Contraception/: 28.867
	#2 contracep* .ti,ab.: 72.625
	#3 #1 OR #3: 84.332
	#4 exp Myocardial Infarction/: 189219
	#5 (myocardial adj3 infarct*).ti,ab.: 214920
	#7 (heart adj3 (attack* or infarct*)).ti,ab.:16.332
	#8 (cardiovascular adj3 stroke*).ti,ab. :5.026
	#9 #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8: 282.321
	#10 #3 AND #9: 833
	#11 stroke.ti,ab: 282.525
	#12 (accident* adj3 (brain or cerebrovascular)).ti,ab.:7.936
	#13 apoplexy.ti,ab.:3.335
	#14 ((brain or cerebral) adj3 (ischemia* or thrombosis)).ti,ab:41.102
	#15(hemorrhage adj3 (cerebral or intracranial or subarachnoid or brain)).ti,ab.:13
	#16 (intracranial adj3 (embolism or thrombosis)).ti,ab.:680
	#17 (transient adj3 (ischem* adj attack)).ti,ab. : 9.952
	#18 exp Cerebrovascular Disorders/:413.111
	#19 #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18: 555.991

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#20 #19 AND #3: 1.605
#21 exp Essential Hypertension/: 2.616
#22 (hypertension adj3 (systemic or essential or arterial)).ti,ab.: 71396
#23 (high adj3 "blood pressure").ti,ab: 20.681
#24 #21 OR #22 OR #23: 20.681
#25 # 23 AND #3: 705
#26 exp Hyperlipidemias/:69.588
#27 (Hypertriglyceridemia or Hypercholesterolemia or Dyslipidemias).ti,ab.: 38.272
#28 Hyperlipidemias.ti,ab.:556
#29 #26 OR #27 OR #28: 88.027
#30 #29 AND #3 : 308
#31 exp Epilepsy/: 122.497
#32 epilepsy.ti,ab.:115.310
#33 seizure*.ti,ab.:135.593
#34 exp Seizures/: 70.875
#35 #31 OR #32 OR # 33 OR#34: 247.583
#36 #35 AND #3: 628
#37 exp diabetes mellitus, type 1/: 83.831
#38 exp diabetes mellitus, type 2/ : 160.707
#39 (diabetes adj3 mellitus).ti,ab. :220.152
#40 diabet*.ti,ab. : 724.863
#41 (insulin depend* or noninsulin depend or insulin* secret* dysfunc* or insulin* resist* or impaired glucose tolerance or glucose intoleran or autoimmun* or sudden onset or adult* onset).ti,ab. :341.658
#42 #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR#41: 989.189
#43 #42AND #3: 2.373
#44 exp overweight/: 258.763
#45 body adj3 weight adj3 excess.ti,ab.:1.961
#46 overweight.ti,ab.:81.473
#47 exp obesity/: 247.878
#48 obesity.ti,ab.: 282.442
#49 #44 OR #45 OR # 46 OR #47 OR #48: 397.101
#50 #49 AND #3: 1.883
#51 ((clinical adj3 pathway) or (clinical adj3 pathways) or (practice adj3 parameter) or (practice adj3 parameters)).ti,ab,kw. or

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	algorithms/ or care pathway.ti,ab,kw. or care pathways.ti,ab,kw. or clinical protocols/ or Consensus/ or Consensus Development Conference.pt. or Consensus Development Conference, NIH.pt. or Consensus Development Conferences as Topic/ or Consensus Development Conferences, NIH as Topic/ or critical pathway/ or guidance.ti,ab. or guideline*.ti. or guidelines as topic/ or practice guidelines as topic/ or Health Planning Guidelines/ or practice guideline/: 716.252
	#52 #10 AND #51:22 (IAM)
	#53 #20 AND #51:36 (ACV)
	#54 #30 AND #51:38 (EPILEPSIA)
	#55 #36 AND #51:10 (DISLIPIDEMIAS)
	#56 #43 AND #51:89 (DIABETES)
	#57 #40 AND #51:78 (OBESIDAD)
	#58 #25 AND #52 :12 (HTA)
Referencias identificadas	285

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Reporte de búsqueda: Condiciones especiales por consensos y posiciones de sociedades científicas	
Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	LILACS
Plataforma	LILACS
Fecha de búsqueda	10 de agosto de 2022
Rango de fecha de búsqueda	Los últimos 5 años
Restricciones de lenguaje	Ninguno
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	
	#1 (Contraception) OR (Anticoncepción) OR (Anticoncepção):6.652
	#2 (Stroke) OR (Accidente Cerebrovascular) OR (Acidente Vascular Cerebral): 9.693
	#3 ((Stroke) OR (Accidente Cerebrovascular) OR (Acidente Vascular Cerebral)) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"):2
	#4 (Myocardial Infarction) OR (Infarto del Miocardio) OR (Infarto do Miocárdio): 6.627
	#5 ((myocardial infarction) OR (infarto del miocardio) OR (infarto do miocárdio)) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"):1
	#6 (Hypertension) OR (Hipertensión) OR (Hipertensão): 26.089
	#7 ((Hypertension) OR (Hipertensión) OR (Hipertensão)) AND ((Contraception) OR (Anticoncepción) OR (Anticoncepção)):160
	#8 ((hypertension) OR (hipertensión) OR (hipertensão)) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"): 13
	#9 (Dyslipidemias) OR (Dislipidemias) OR (Dislipidemias): 1.600
	#10 ((Dyslipidemias) OR (Dislipidemias) OR (Dislipidemias)) AND ((Contraception) OR (Anticoncepción) OR (Anticoncepção)): 6
	#11 ((dyslipidemias) OR (dislipidemias) OR (dislipidemias)) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"): 0

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

#12 (Epilepsy) OR (Epilepsia) OR (Epilepsia):	4.524
#13 (Seizures) OR (Convulsiones) OR (Convulsões):	3.172
#14 ((Epilepsy) OR (Epilepsia) OR (Epilepsia)) OR ((Seizures) OR (Convulsiones) OR (Convulsões)):	6.007
#15 (((epilepsy) OR (epilepsia) OR (epilepsia)) OR ((seizures) OR (convulsiones) OR (convulsões))) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"):	1
#16 ((Overweight) OR (Sobrepeso) OR (Sobrepeso)) OR ((Obesity) OR (Obesidad)):	17.924
#17 (((Overweight) OR (Sobrepeso) OR (Sobrepeso)) OR ((Obesity) OR (Obesidad) OR (Obesidade))) AND ((Contraception) OR (Anticoncepción) OR (Anticoncepção)):	55
#18 (((overweight) OR (sobrepeso) OR (sobrepeso)) OR ((obesity) OR (obesidad) OR (obesidade))) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"):	4
#19 ((Diabetes Mellitus, Type 1) OR (Diabetes Mellitus Tipo 1)) OR ((Diabetes Mellitus, Type 2) OR (Diabetes Mellitus Tipo 2)):	3.912
#20 (((Diabetes Mellitus, Type 1) OR (Diabetes Mellitus Tipo 1)) OR ((Diabetes Mellitus, Type 2) OR (Diabetes Mellitus Tipo 2))) AND ((Contraception) OR (Anticoncepción) OR (Anticoncepção)):	21
#21 (((Diabetes Mellitus, Type 1) OR (Diabetes Mellitus Tipo 1)) OR ((Diabetes Mellitus, Type 2) OR (Diabetes Mellitus Tipo 2))) AND ((contraception) OR (anticoncepción) OR (anticoncepção)) AND (db:"LILACS") AND type_of_study:"guideline"):	2
Referencias identificadas	23

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Anexo 3. Listado de documentos incluidos y excluidos

Postevento obstétrico

Documentos incluidos

Título de la GPC	Año de publicación	País de publicación	Institución que la desarrollo
Abortion care	2019	Reino Unido	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
FSRH Clinical Guideline: Contraception After Pregnancy	Publicada en 2017 y enmendada en 2020	Reino Unido	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH)

Documentos excluidos

Título de la GPC	Año de publicación	País de publicación	Institución que la desarrollo
Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina	2019	España	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision	2022	Suiza	Organización Mundial de la Salud (OMS)
Abortion care guideline, 2022	2022	Reino Unido	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022	2022	Suiza	Organización Mundial de la Salud (OMS)
Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en la paciente obstétrica	2020	México	Secretaría de Salud, Gobierno de México
Guideline No. 392-Pregnancy and Maternal Obesity Part 2: Team Planning for Delivery and Postpartum Care	2019	Estados Unidos	National Center for Biotechnology Information (NCBI)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Título de la GPC	Año de publicación	País de publicación	Institución que la desarrollo
No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods	2018	Canadá	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)
FSRH Clinical Guideline: Overweight, Obesity and Contraception (April 2019)	2019	Reino Unido	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH)
FSRH Clinical Guideline: Emergency Contraception (March 2017, amended December 2020)-	2020	Reino Unido	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH)
FSRH Clinical Guideline: Contraception After Pregnancy (January 2017, amended October 2020)	2020	Reino Unido	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH)

Documentos excluidos y resultados de Herramienta 7

GPC	Año	1	2	3	4	5	Razón de exclusión
Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina	2019	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision	2022	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
Abortion care guideline, 2022	2022	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022	2022	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en la paciente obstétrica	2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Se prioriza otra guía con alcance más amplio

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

GPC	Año	1	2	3	4	5	Razón de exclusión
Guideline No. 392- Pregnancy and Maternal Obesity Part 2: Team Planning for Delivery and Postpartum Care	2019	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
No. 360-Induced Abortion: Surgical and Second Trimester Medical Methods	2018	Sí	No	N o	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
FSRH Clinical Guideline: Overweight, Obesity and Contraception (April 2019)	2019	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No es replicable la búsqueda, no se identificaron las estrategias de búsqueda
FSRH Clinical Guideline: Emergency Contraception (March 2017, amended December 2020)-	2017	Si	Si	Si	Si	Si	Se prioriza otra guía con alcance más amplio. Se incluye en las recomendaciones de postevento obstétrico en FSRH Clinical 2. Guideline: Contraception After Pregnancy
FSRH Clinical Guideline: Contraception After Pregnancy (January 2017, amended October 2020)	2017	Si	Si	Si	Si	Si	duplicada

1. ¿Los alcances y objetivos de nuestro lineamiento están incluidos en la guía evaluada?
2. ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
3. ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
4. ¿Establece recomendaciones?
5. Año de publicación \geq 2017

Condiciones especiales

Documentos incluidos

Documentos incluidos
ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. Obstet Gynecol [Internet]. 2019 Feb;133(2):e128–50. Available from: https://journals.lww.com/00006250-201902000-00041
Andreoli L, Bertsias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Documentos incluidos
and/or antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis [Internet]. 2017 Mar 1;76(3):476 LP – 485. Available from: http://ard.bmj.com/content/76/3/476.abstract
Attini R, Cabiddu G, Montersino B, Gammara L, Gernone G, Moroni G, et al. Contraception in chronic kidney disease: a best practice position statement by the Kidney and Pregnancy Group of the Italian Society of Nephrology. J Nephrol [Internet]. 2020 Dec 12;33(6):1343–59. Available from: https://link.springer.com/10.1007/s40620-020-00717-0
Group CDC Guideline Development. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use and U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. 2016.
FSRH. Guideline. Overweight , Obesity & Contraception. BMJ Sex Reprod Heal. 2019;45(1).
FSRH. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception. Fsrh [Internet]. 2020;2019(January 2019):iv–94. Available from: https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/

Documentos excluidos y resultados de Herramienta 7

	Razón de la exclusión
Abou Daya M, Tomlin S, Rashed A. HORMONAL CONTRACEPTIVES: SAFE FOR USE IN ADOLESCENT GIRLS? Arch Dis Child [Internet]. 2022;107(5):9–10. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L638054149&from=export_U2-L638054149	Revisión narrativa
AC M, SK S, TL S, Batur P. Women’s health 2019: Osteoporosis, breast cancer, contraception, and hormone therapy. Cleve Clin J Med [Internet]. 2019;86(6):400–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204979/	Revisión narrativa
Asthana S, Busa V, Labani S. Oral contraceptives use and risk of cervical cancer-A systematic review & meta-analysis. Eur J Obs Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2020;247:163–75. Available from: https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.014	No relacionada con la PICO
Barañska A, Błaszczuk A, Kanadys W, Malm M, Drop K, Polz-Dacewicz M. Oral contraceptive use and breast cancer risk assessment: A systematic review and meta-analysis of case-control studies, 2009–2020. Cancers (Basel) [Internet]. 2021;13(22). Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2014466444&from=export_U2-L2014466444	No relacionada con la PICO
Britton L. Unintended Pregnancy: A Systematic Review of Contraception Use and Counseling in Women With Cancer. Clin J Oncol Nurs [Internet]. 2017;21(2):189–96. Available from: https://dx.doi.org/10.1188/17.CJON.189-196	No relacionada con la PICO
Cagnacci A, Ramirez I, Bitzer J, Gompel A. Contraception in cancer survivors - an expert review Part II. Skin, gastrointestinal, haematological and endocrine cancers. Eur J Contracept Reprod Heal care Off J Eur Soc Contracept [Internet]. 2019;24(4):299–304. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31066294/	Revisión narrativa

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
CM R, LP S. Assessing the Role of Reversible Contraceptives in the Health Care of Women as it Pertains to Cancer Prevention. Adv Ther [Internet]. 2017;34(11):2412–21. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022187/	Revisión narrativa
Fridgen O, Sehovic I, Bowman ML, Reed D, Tamargo C, Vadaparampil S, et al. Contraception: the Need for Expansion of Counsel in Adolescent and Young Adult (AYA) Cancer Care. J Cancer Educ [Internet]. 2017;32(4):924–32. Available from: https://dx.doi.org/10.1007/s13187-016-1003-8	Revisión narrativa
Gerstl B, Sullivan E, Ives A, Saunders C, Wand H, Anazodo A. Pregnancy Outcomes After a Breast Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Breast Cancer [Internet]. 2018;18(1):e79–88. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797766/	No relacionada con la PICO
Gompel A, Ramirez I, Bitzer J. Contraception in cancer survivors - an expert review Part I. Breast and gynaecological cancers. Eur J Contracept Reprod Heal care Off J Eur Soc Contracept [Internet]. 2019;24(3):167–74. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31033361/	Revisión narrativa. No se describió búsqueda ni criterios
L DP, Codacci-Pisanelli G, Peccatori F. Breast cancer risk of hormonal contraception: Counselling considering new evidence. Crit Rev Oncol Hematol [Internet]. 2019;137:123–30. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31014508/	Revisión narrativa
Najdi N, Esmailzadeh A, Shokrpour M, Nikfar S, Razavi SZ, Sepidarkish M, et al. A systematic review and meta-analysis on tubal ligation and breast cancer risk. Syst Rev [Internet]. 2022;11(1). Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2017959264&from=export U2 - L2017959264	No relacionada con la PICO
Pradhan S, Gomez-Lobo V. Hormonal Contraceptives, Intrauterine Devices, Gonadotropin-releasing Hormone Analogues and Testosterone: Menstrual Suppression in Special Adolescent Populations. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2019;32(5):S23–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30980941/	No relacionada con la PICO
Pragout D, Laurence V, Baffet H, Raccah-Tebeka B, Rousset-Jablonski C. [Contraception and cancer: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obs Fertil Senol [Internet]. 2018;46(12):834–44. Available from: https://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.010	Idioma en francés
Rapisarda AMC, Brescia R, Sapia F, Valenti G, Sarpietro G, Di Gregorio LM, et al. Combined oral contraceptive in adolescent and young adult women: Current evidence and future perspectives. Curr Women's Heal Rev [Internet]. 2019;15(2):109–18. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2001535507&from=export U2 - L2001535507	Revisión narrativa
Romero SAD, Young K, Hickey M, Su HI. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020;(12). Available from: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007245.pub4	No relacionada con la PICO

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
Rousset-Jablonski C, Pautier P, Chopin N. Borderline Ovarian Tumours: CNGOFS Guidelines for Clinical Practice – Hormonal Contraception and MHT/HRT after Borderline Ovarian Tumour. Tumeurs Front l’ovaire Recommendations pour la Prat Clin du CNGOF – Contracept Horm THM/THS après tumeur Front l’ovaire [Internet]. 2020;48(3):337–40. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2005148643&from=export U2 - L2005148643	Idioma en francés
Rousset-Jablonski C, Selle F, Adda-Herzog E, Planchamp F, Selleret L, Pomel C, et al. [Fertility preservation, contraception and menopause hormone therapy in women treated for rare ovarian tumors: Guidelines from the French national network dedicated to rare gynaecological cancer]. Bull Cancer [Internet]. 2018;105(3):299–314. Available from: https://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.10.032	Idioma en francés
Serfaty D. Update on the contraceptive contraindications. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2019;48(5):297–307. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30796985/	Revisión narrativa
Zilaitiene B. Hormonal contraception in women with positive family history for VTE and cancer. Eur J Contracept Reprod Heal Care [Internet]. 2018;23:33. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L621903416&from=export U2 - L621903416	Revisión narrativa
Zürcher A, Knabben L, Janka H, Stute P. Influence of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on the risk of breast cancer: a systematic review. Arch Gynecol Obs [Internet]. 2022; Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2017934534&from=export U2 - L2017934534	Revisión narrativa
Benagiano G, Benagiano M, Bianchi P, MM D, Brosens I. Contraception in autoimmune diseases. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2019;60:111–23. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31160225/	Revisión narrativa
Carmine L. Contraception for Adolescents with Medically Complex Conditions. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. 2018;48(12):345–57. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30466839/	Revisión narrativa
DEA P, ML C, MA P, FG S. A Critical Review on Obstetric Follow-up of Women Affected by Systemic Lupus Erythematosus. Rev Bras Ginecol e Obstet Rev da Fed Bras das Soc Ginecol e Obstet [Internet]. 2018;40(4):209–24. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29702718/	Revisión narrativa
LR S. Contraception and preconception counseling in women with autoimmune disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020;64:11–23. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31679995/	Revisión narrativa
M BT, KP H, MEB C. Optimizing reproductive health management in lupus and Sjogren’s syndrome. Curr Opin Rheumatol [Internet]. 2021;33(6):570–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34519280/	Revisión narrativa

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
Petri M. Systemic Lupus Erythematosus: Clinical Updates in Women's Health Care Primary and Preventive Care Review. <i>Obstet Gynecol</i> [Internet]. 2020;136(1):226. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590723/	Revisión narrativa
WV W. Hormonal contraception and the development of autoimmunity: A review of the literature. <i>Linacre Q</i> [Internet]. 2017;84(3):275–95. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28912620/	Revisión narrativa
AC B, ML B, TE V. Contraception Counseling in Patients With SLE and Other Chronic Medical Conditions Requiring Potentially Teratogenic Medications: A Teachable Moment. <i>JAMA Intern Med</i> [Internet]. 2019;179(4):562–3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30688978/	Revisión narrativa y reporte de caso
Bitencourt N, BL B. Pharmacological Approach to Managing Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus During Conception, Pregnancy and Breastfeeding. <i>Paediatr Drugs</i> [Internet]. 2018;20(6):511–21. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30175398/	Revisión narrativa
Fischer-Betz R, Haase I, PT O. [Sexuality in adolescents with rheumatic diseases : Contraception, HPV vaccination and pregnancy]. <i>Z Rheumatol</i> [Internet]. 2018;77(8):667–76. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30135988/	Revisión narrativa
Gensous N, Doassans-Comby L, Lazaro E, Duffau P. [Systemic lupus erythematosus and contraception: A systematic literature review]. <i>Rev Med Interne</i> [Internet]. 2017;38(6):358–67. Available from: https://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2016.12.009	Idioma en francés
Grygiel-Górniak B, Masiero E, BC N, MM J. Rheumatic Diseases in Reproductive Age-the Possibilities and the Risks. <i>Reprod Sci</i> [Internet]. 2022; Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35359225/	Revisión narrativa
Burgner A, MA H. Women's Reproductive Health for the Nephrologist. <i>Am J kidney Dis Off J Natl Kidney Found</i> [Internet]. 2019;74(5):675–81. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31221529/	Revisión narrativa
KS W, Nelson-Piercy C, Bramham K. Reproductive health and pregnancy in women with chronic kidney disease. <i>Nat Rev Nephrol</i> [Internet]. 2018;14(3):165–84. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29355168/	Revisión narrativa
Sachdeva M. Contraception in Kidney Disease. <i>Adv Chronic Kidney Dis</i> [Internet]. 2020;27(6):499–505. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33328066/	Revisión narrativa
Abarbanell G, Tepper NK, Farr SL. Safety of contraceptive use among women with congenital heart disease: A systematic review. <i>Congenit Hear Dis</i> [Internet]. 2019;14(3):331–40. Available from: https://dx.doi.org/10.1111/chd.12752	No relacionada con la PICO, solo 5 mujeres con valvulopatía
Cipriani S, Todisco T, Scavello I, Di Stasi V, Maseroli E, Vignozzi L. Obesity and hormonal contraception: an overview and a clinician's practical guide. <i>Eat Weight Disord</i> [Internet]. 2020;25(5):1129–40. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2003400580&from=export U2 - L2003400580	Revisión narrativa

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
Feinberg T, Rougerie M, Dahan YS, Dahan MH. A review of the use of hormonal contraception in women with cardiovascular disease complications and risk factors. A systematic review. Minerva Ginecol [Internet]. 2020;72(2):90–5. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2005879757&from=export U2 - L2005879757	Revisión de literatura, no se pudo conseguir
Houvèssou GM, Farías-Antúnez S, da Silveira MF. Combined hormonal contraceptives use among women with contraindications according to the WHO criteria: A systematic review. Sex Reprod Heal [Internet]. 2021;27. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010876923&from=export U2 - L2010876923	No relacionada con la PICO. Prevalencia de mala formulación de ACOS
Klok FA, Schreiber K, Stach K, Ageno W, Middeldorp S, Eichinger S, et al. Oral contraception and menstrual bleeding during treatment of venous thromboembolismExpert opinion versus current practiceCombined results of a systematic review, expert panel opinion and an international survey. Thromb Res [Internet]. 2017;153:101–7. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L615071129&from=export U2 - L615071129	No relacionada con la PICO. Encuesta sobre el tratamiento que brindaban a pacientes un panel de experto
LR S. Which Hormones and Contraception for Women with APS? Exogenous Hormone Use in Women with APS. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2021;23(6):44. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33939022/	Revisión narrativa
Rocha ALL, Campos RR, Miranda MMS, Raspante LBP, Carneiro MM, Vieira CS, et al. Safety of hormonal contraception for obese women. Expert Opin Drug Saf [Internet]. 2017;16(12):1387–93. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L619171934&from=export U2 - L619171934	Revisión narrativa
Zilaitiene B. Hormonal contraception in women with positive family history for VTE and cancer. Eur J Contracept Reprod Heal Care [Internet]. 2018;23:33. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L621903416&from=export U2 - L621903416	Revisión narrativa
ACOG. The use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. Int J Gynecol Obs [Internet]. 2001;75(1):93–106. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L34121928&from=export U2 - L34121928	Año de publicación
Armstrong C. ACOG releases guidelines on hormonal contraceptives in women with coexisting medical conditions. Am Fam Phys [Internet]. 2007;75(8):1258–9. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L46631822&from=export U2 - L46631822	Revisión narrativa (resumen de una publicación)
Greydanus DE, Pratt HD, Patel DR. Concepts of Contraception for Adolescent and Young Adult Women with Chronic Illness and Disability. Dis Mon [Internet]. 2012;58(5):258–320. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L364627973&from=export U2 - L364627973	Revisión narrativa

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
Steyn P. Update on the who medical eligibility criteria for contraceptive use (2015 edition). Int J Gynecol Obs [Internet]. 2015;131:E59. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L72068890&from=export U2 - L72068890	Revisión narrativa
Guidance on care of women with epilepsy. Pharm J [Internet]. 2004;273(7323):633. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L39517575&from=export U2 - L39517575	Año de publicación
Frey OR. Hormonal contraceptives for women with epilepsy? Kontrazeptiva für epileptikerinnen? [Internet]. 2001;24(11):379. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L33054330&from=export U2 - L33054330	Año de publicación
Gooneratne IK, Wimalaratna M, Ranaweera AKP, Wimalaratna S. Contraception advice for women with epilepsy. BMJ. 2017;357(8900488):j2010.	Revisión narrativa
Greydanus DE, Pratt HD, Patel DR. Concepts of Contraception for Adolescent and Young Adult Women with Chronic Illness and Disability. Dis Mon [Internet]. 2012;58(5):258–320. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L364627973&from=export U2 - L364627973	Revisión narrativa
Janz D, Beck-Mannagetta G, Andermann E, Canger R, Kaneko S, Clepel H, et al. Guidelines for the care of epileptic women of childbearing age. Epilepsia [Internet]. 1989;30(4):409–10. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L19194716&from=export U2 - L19194716	Año de publicación
Rose VL. New guidelines offer recommendations for women with epilepsy. Am Fam Phys [Internet]. 1999;59(6):1681–2. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L29168682&from=export U2 - L29168682	Año de publicación
Ruiz A. Anticoncepción y epilepsia. Acta neurol colomb [Internet]. 2005;21(1):43–8. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-424690	Año de publicación
Thomas S V. Controversies in contraception for women with epilepsy. Ann Indian Acad Neurol [Internet]. 2015;18(3):278–83. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L605583714&from=export U2 - L605583714	Año de publicación
Crawford P. Best practice guidelines for the management of women with epilepsy. Epilepsia. 2005;46:117–24.	Revisión narrativa
Jedrzejczak J, Bomba-Opon D, Jakiel G, Kwasniewska A, Mirowska-Guzel D. Managing epilepsy in women of childbearing age - Polish Society of Epileptology and Polish Gynecological Society Guidelines. Ginekol Pol. 2017;88(5):278–84.	Idioma de publicación
Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. No. 329- Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2017	Revisión de la literatura. No reporte de estrategia de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
Apr;39(4):229-268.e5. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216316397869	busqueda y evaluación de la calidad
Consensus conference on combination oral contraceptives and cardiovascular disease. Fertil Steril. 1999;71(6):1S-6S.	Año de publicación
Armstrong C. ACOG releases guidelines on hormonal contraceptives in women with coexisting medical conditions. Am Fam Phys [Internet]. 2007;75(8):1258–9. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L46631822&from=export_U2-L46631822	Año de publicación
Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Neulen J. [Recommendations for hormonal contraception. 34. Workshop of the “Zurich Discussion Circle”, April 2005]. Empfehlungen zur Horm Kontrazeption 34 Arbeitstreffen des “Zurcher Gesprachskreises”, April 2005. 2006;46(1):58–63.	Revisión narrativa
Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception choices in women with underlying medical conditions. Am Fam Physician. 2010;82(6):621–8.	Revisión narrativa
Boukes FS, Beijderwellen L, van der Does FEE, Assendelft WJJ. [Summary of the practice guideline “Hormonal contraception” (second revision) from the Dutch College of General Practitioners]. Samenv van Stand 'Hormonale Anticoncept (tweede herziening) van het Ned Huisartsen Genoot. 2004;148(26):1285–9.	Año de publicación
Debski R, Kotarski J, Paszkowski T, Pawelczyk L, Skrzypulec V, Tomaszewski J, et al. [The statement of Polish Gynecological Society experts on oral use of contraceptive 75 microg desogestrel minipill in different clinical cases--state of art in 2008]. Stanow Zespolu Ekspert Pol Tow Ginekol dotyczace Zastos antykoncepcyjnej minitabletki gestagennej zawierajacej 75 microg dezogestrelu w wybranych sytuacjach Klin wiedzy na 2008 rok. 2009;80(1):63–75.	Revisión narrativa
Park K, Bairey Merz CN, Bello NA, Davis M, Duvernoy C, Elgendy IY, et al. Management of Women With Acquired Cardiovascular Disease From Pre-Conception Through Pregnancy and Postpartum: JACC Focus Seminar 3/5. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2021;77(14):1799–812. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2011510127&from=export_U2-L2011510127	Revisión narrativa
Shufelt C, Levee A. Hormonal Contraception in Women with Hypertension. JAMA [Internet]. 2020;324(14):1451–2. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L633019653&from=export_U2-L633019653	Revisión narrativa
Glisic M, Shahzad S, Tsoli S, Chadni M, Asllanaj E, Rojas LZ, et al. Association between progestin-only contraceptive use and cardiometabolic outcomes: A systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2018 Jul 10;25(10):1042–52. Available from: https://academic.oup.com/eurjpc/article/25/10/1042-1052/5926557	No concuerda con la pregunta PICO
Dragoman M, Curtis KM, Gaffield ME. Combined hormonal contraceptive use among women with known dyslipidemias: a systematic review of critical	Año de publicación

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
safety outcomes. Contraception [Internet]. 2016 Sep;94(3):280–7. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782415005090	
Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 Aug 18;2016(8). Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008452.pub4	Año de publicación
Visser J, Snel M, Van Vliet HA. Hormonal versus non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type 1 and 2. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 Mar 28; Available from: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003990.pub4	Año de publicación
Aldarweesh M, Choudry B. A clinical audit: The safe prescribing of combined hormonal contraception in the community [Internet]. Vol. 124, BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol. M. Aldarweesh, University of Manchester, Manchester, United Kingdom; 2017. p. 182–3. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L615337911&from=export_U2-L615337911	No concuerda con la pregunta PICO
Liu H, Yao J, Wang W, Zhang D. Association between duration of oral contraceptive use and risk of hypertension: A meta-analysis. J Clin Hypertens [Internet]. 2017;19(10):1032–41. Available from: https://dx.doi.org/10.1111/jch.13042	No concuerda con la pregunta PICO
Asgari S. Association between duration of oral contraceptive use and risk of hypertension: A meta-analysis, methodological and statistical issues. [Internet]. Vol. 20, Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.). 2018. p. 613. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29447432/	No concuerda con la pregunta PICO
Kalenga CZ, Metcalfe A, Ahmed SB, Sharanya R, MacRae JM, Nerenberg K, et al. Association between non-oral hormonal contraceptives and blood pressure: A systematic review. Hypertension [Internet]. 2019;74. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L629598538&from=export_U2-L629598538	No concuerda con la pregunta PICO
Lima ACS, Martins LCG, Lopes MV de O, Araújo TL de, Lima FET, Aquino P de S, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. Rev bras enferm [Internet]. 2017;70(3):647–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300647	Revisión narrativa
Liu H, Yao J, Wang W, Zhang D. Association between duration of oral contraceptive use and risk of hypertension: A meta-analysis. J Clin Hypertens [Internet]. 2017;19(10):1032–41. Available from: https://dx.doi.org/10.1111/jch.13042	No concuerda con la pregunta PICO
Okoth K, JS C, Marshall T, Thangaratnam S, GN T, Nirantharakumar K, et al. Association between the reproductive health of young women and cardiovascular disease in later life: umbrella review. BMJ [Internet]. 2020;371:m3502. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33028606/	No concuerda con la pregunta PICO
Rocha ALL, Campos RR, Miranda MMS, Raspante LBP, Carneiro MM, Vieira CS, et al. Safety of hormonal contraception for obese women. Expert Opin Drug Saf [Internet]. 2017;16(12):1387–93. Available from:	Revisión narrativa

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Razón de la exclusión
https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L619171934&from=export U2 - L619171934	
Sheikh HU, Pavlovic J, Loder E, Burch R. Risk of Stroke Associated With Use of Estrogen Containing Contraceptives in Women With Migraine: A Systematic Review. Headache [Internet]. 2018;58(1):5–21. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L619324552&from=export U2 - L619324552	No concuerda con la pregunta PICO
Xu Z, Yue Y, Bai J, Shen C, Yang J, Huang X, et al. Association between oral contraceptives and risk of hemorrhagic stroke: a meta-analysis of observational studies. Arch Gynecol Obs [Internet]. 2018;297(5):1181–91. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L620768095&from=export U2 - L620768095	No concuerda con la pregunta PICO
Lameire, Norbert and others (eds), 'Contraception in patients with kidney disease', in Neil N. Turner and others (eds), Oxford Textbook of Clinical Nephrology: Three-Volume Pack, 4 edn (Oxford, 2015; online edn, Oxford Academic, 1 June 2019),	Capitulo de libro

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anexo 4. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Evaluaciones de GPC con el instrumento AGREE II

Valoraciones de calidad de Guías de práctica clínica con el instrumento AGREE II

Guías de práctica clínica	D1 (%)	D2 (%)	D3 (%)	D4 (%)	D5 (%)	D6 (%)	Global (%)
1. Contraception After Pregnancy	92%	78%	86%	97%	63%	75%	83%
2. Abortion care (NG140), 2019	94%	100%	92%	83%	88%	92%	

Dominios: D1: alcance y objetivos; D2: participación de los implicados; D3: rigor en la elaboración; D4: claridad en la presentación; D5: aplicabilidad y D6: independencia editorial.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios citados.

Evaluación de riesgo de sesgos de revisiones sistemáticas de la literatura

Se realizó por medio de la herramienta *Risk of Bias of Systematic Reviews (RoBIS)* cuyos dominios son:

- Dominio 1: preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios.
- Dominio 2: preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios.
- Dominio 3: preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios.
- Dominio 4: preocupaciones respecto a la síntesis y resultados.
- Revisión: riesgo de sesgos en la revisión.

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: ● bajo riesgo de sesgo; ● riesgo de sesgo poco claro, ● alto riesgo de sesgo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Evaluación del riesgo de sesgo de revisiones sistemáticas de la literatura con el instrumento ROBIS

Autor/año	D1	D2	D3	D4	Revisión
Lavelanet, 2020	●	●	●	●	

En cada uno de los dominios el juicio puede ser: ● bajo riesgo de sesgo; ● riesgo de sesgo poco claro; ● alto riesgo de sesgo.

Dominios: D1: preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios; D2: preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios; D3: preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios; D4: preocupaciones respecto a la síntesis y resultados; y revisión: riesgo de sesgos en la revisión.

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios citados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anexo 5. Síntesis de la evidencia

Se realizó una búsqueda para identificar guías de práctica clínica relacionadas con las preguntas orientadoras. La búsqueda se realizó en sitios web de grupos elaboradores y compiladores de GPC (Anexo Bitácoras de búsqueda).

Se identificaron 154 referencias posterior a la remoción de duplicados, se les evaluó su pertinencia mediante revisión de título y resumen. De éstas, se seleccionaron 12 para ser revisadas en texto completo y a las cuales se les aplicó de la herramienta 7 de la Guía Metodológica para la elaboración de GPC. Luego de esta revisión se incluyeron 2 GPC para responder a las preguntas de postevento obstétrico, las cuales fueron evaluadas con AGREE II, seleccionando de estas aquellas que reportaran en su rigor metodológico y en independencia editorial un puntaje mayor al 60%. Las GPC seleccionadas fueron:

- Abortion care (NG140), 2019 (NICE)
- FSRH Clinical 2. Guideline: Contraception After Pregnancy

Posteriormente, se procedió a realizar la búsqueda de RSL en Medline, Embase, Cochrane Library, LILACS y Google Scholar. Esta búsqueda arrojó 1.731 referencias sin duplicados, las cuales fueron tamizadas por título y resumen. De éstas, 77 se consideraron para evaluación en texto completo, de las cuales 31 fueron revisiones narrativas, 36 revisiones sistemáticas que no respondían la pregunta PICO, tres fueron publicadas antes del 2016, dos a resúmenes de congresos, dos estaban publicadas en francés y una era un capítulo de libro. Por lo anterior, solo dos documentos fueron extraídos en la síntesis de evidencia, uno de ellos fue un documento de posición de la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos y el otro era un consenso de la sociedad italiana de nefrología sobre anticoncepción en mujeres con enfermedad renal crónica.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda en la literatura en cuatro bases de datos indexadas centrada en consensos y posiciones de sociedades científicas: Medline, Embase, CENTRAL, LILACS, para la cual se usaron términos libres e indexados (Anexo: Bitácoras de búsqueda), además de una inspección en la literatura gris. Para este tipo de documentos se encontraron 4.448 referencias únicas, las cuales fueron tamizadas de forma pareada por título y resumen y 20 fueron llevadas para ser revisadas en texto completo y cuatro se incluyeron en la síntesis. En otro sentido,

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

cuatro documentos fueron excluidos por año de publicación, once por ser revisiones narrativas, y uno por estar publicado en francés.

De los documentos incluidos, uno fue un documento de posición de la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia (ACOG), dos documentos de la Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del Reino Unido (FSHR) y el último documento correspondió a los criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos del Estados Unidos (USMEC). El documento de ACOG respondió las preguntas para las mujeres con las siguientes condiciones: trombosis venosa profunda, reemplazos valvulares mecánicos, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, cáncer, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular. Este documento tenía en cuenta los criterios USMEC.

Los dos documentos de FSHR tratan sobre anticoncepción de cualquier tipo en mujeres con obesidad y sobrepeso y la anticoncepción hormonal combinada en diferentes situaciones. El documento sobre criterios de elegibilidad de anticoncepción USMEC de los Estados Unidos respondió la pregunta sobre anticoncepción hormonal en dislipidemia.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Postevento obstétrico

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	FSRH, 2020 GPC Reino Unido
Título	Guideline Contraception After Pregnancy
Financiación	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)

Postparto/Postcesarea

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
LARC	Se debe informar a las mujeres sobre la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos, incluida la eficacia superior de la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), al elegir un método apropiado para usar después del parto. Ver Tabla 2 (documento fuente)	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: Puntos de buena práctica Puntos basados en consenso de expertos y tabla de CDC	
Anticonceptivos hormonales combinados	Se debe advertir a las mujeres que, aunque no se requiere anticoncepción en los primeros 21 días después del parto, la mayoría de los métodos se pueden iniciar de manera segura		Certeza de la evidencia: 2+ y 4 Grado de recomendación: C 4: Los criterios actuales de elegibilidad médica del Reino Unido (UKMEC) basados en evidencia que se aplican a las mujeres que amamantan y que no amamantan después del

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	inmediatamente luego del parto o cesárea o, con la excepción de la anticoncepción hormonal combinada (AHC).		parto se describen en la Tabla 3 (del documento fuente). Existen algunas restricciones en el uso de anticonceptivos hormonales combinados (incluidas las píldoras anticonceptivas orales combinadas, anticonceptivos combinados, anillo vaginal y parches transdérmicos combinados) para mujeres en las semanas posteriores al parto, debido al mayor riesgo de tromboembolismo venoso en este período. El DIU (incluyendo Cu-IUD y LNG-IUS) se puede insertar inmediatamente después del parto (0 a 48 horas). Hay evidencia limitada sobre el uso de DIU entre las 72 horas y las 4 semanas después del parto, por lo que después de las 48 horas se recomienda retrasar la inserción hasta al menos 4 semanas. Las recomendaciones para el SIU-LNG se basan únicamente en estudios sobre el SIU-LNG de 52 mg, pero la opinión de los expertos es que se pueden extrapolar para incluir el SIU-LNG de 13,5 mg. Aunque no se requiere anticoncepción antes del día 21 postparto, el inicio de la anticoncepción IUC o de progestágeno solo, inmediatamente después del parto, es seguro. Las mujeres que tienen factores de riesgo adicionales de TEV no deben usar AHC antes de las 6 semanas siguientes al parto. Las mujeres que no tienen factores de riesgo adicionales de TEV y que no

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			están amamantando pueden usar CHC a partir del día 21. 2+: Las mujeres que amamantan y las que no amamantan pueden usar de manera segura la anticoncepción de progestágeno solo. Si bien no hay pruebas sólidas que respalden un vínculo causal entre el acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) y TEV, dado que el riesgo de TEV es mayor en las primeras 6 semanas del período postparto, la clasificación UKMEC es más alta para DMPA (UKMEC 2) que otros métodos con progestágeno solo (UKMEC 1) para uso de mujeres en las primeras 6 semanas después del parto.
Anticoncepción de emergencia (levonogestrel y acetato de ulipristal); DIU de cobre	La anticoncepción de emergencia (AE) está indicada para mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección a partir de los 21 días posteriores al parto, pero no es necesaria antes de este periodo. El levonogestrel oral EC 1,5 mg (LNG-EC) y el acetato de ulipristal 30 mg (UPA-EC) son seguros de usar a partir de los 21 días posteriores al parto. El dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) es seguro de usar para		Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: Puntos de buena práctica

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	la AE a partir de los 28 días posteriores al parto.		
Anticoncepción de emergencia (levonogestrel)	Se debe informar a las mujeres que amamantan que la evidencia limitada disponible indica que LNG-EC no tiene efectos adversos sobre la lactancia o sobre sus bebés.		<p>Certeza de la evidencia: 2+; 1+ Grado de recomendación: C</p> <p>2+: LNG-EC o UPA-EC pueden ser utilizados sin restricciones (UKMEC 1) por mujeres después del parto, ya sea que estén amamantando o no. Se puede aconsejar a la mujer que continúe amamantando después de usar LNG-EC ya que la evidencia no muestra ningún efecto adverso de los progestágenos sobre la lactancia o los resultados del lactante.</p> <p>1+: Una revisión sistemática informó que la evidencia directa e indirecta limitada no sugirió ningún problema de seguridad específico con respecto al uso de LNG-EC o UPA-EC en mujeres que amamantan.</p>
Anticoncepción de emergencia (acetato de ulipristal)	Se debe recomendar a las mujeres que amamantan que no amamanten y que extraigan y desechen la leche durante una semana después de haber tomado UPA-EC.		<p>Certeza de la evidencia: 1+;4 Grado de recomendación: D</p> <p>1+: Una revisión sistemática informó que la evidencia directa e indirecta limitada no sugirió ningún problema de seguridad específico con respecto al uso de LNG-EC o UPA-EC en mujeres que amamantan.</p> <p>4: El acetato de ulipristal (UPA) se excreta en la leche materna, pero no se ha estudiado el efecto en los lactantes. El GDG recomienda que las</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			mujeres que amamantan no deben hacerlo durante 7 días después del uso de UPA-EC como se indica en el resumen de las características del producto (SPC) para ellaOne®. Se recomienda a las mujeres que amamantan que extraigan y desechen la leche materna para mantener la lactancia en curso.
Progestágeno solo ((LNG-IUS, IMP, POI y POP)	Se debe informar a las mujeres que están amamantando que la evidencia disponible indica que los métodos anticonceptivos con progestágeno solo (LNG-IUS, IMP, POI y POP) no tienen efectos adversos sobre la lactancia, el crecimiento o el desarrollo infantil.		Certeza de la evidencia: 1++ Grado de recomendación: A Una revisión Cochrane que incluyó 11 ensayos aleatorios (ECA) que compararon el uso de AHC, anticonceptivos no hormonales y anticonceptivos de progestágeno solo entre mujeres que amamantan encontró que la mayoría de los ensayos no mostraron ni informaron diferencias significativas entre los brazos del estudio en la duración de la lactancia materna, la composición de la leche materna o crecimiento infantil. Una revisión sistemática que incluyó 47 estudios informó que el uso de anticonceptivos con progestágeno solo [incluidos LNG-IUS, IMP, implante de progestágeno solo (POI) y píldora de progestágeno solo (POP)] entre mujeres que amamantan, concluyó que la anticoncepción de progestágeno solo no se asoció con resultados adversos de la lactancia materna o resultados negativos para la salud de los bebés (p. ej., crecimiento restringido,

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			problemas de salud o deterioro del desarrollo). Una revisión sistemática que examinó el uso de DIU después de una cesárea y durante la lactancia informó que 12 estudios de lactancia en mujeres que usaban LNG-IUS o Cu-IUD no mostraron un efecto significativo sobre la producción de leche y/o el crecimiento del bebé.
Anticonceptivos hormonales combinados	<p>Las mujeres que están amamantando deben esperar hasta 6 semanas después del parto antes de iniciar un método CHC.</p> <p>Se debe informar a las mujeres que están amamantando que actualmente hay evidencia limitada con respecto a los efectos del uso de AHC en la lactancia. Sin embargo, los estudios de mejor calidad sobre el inicio temprano de AHC no encontraron efectos adversos sobre el rendimiento de la lactancia (duración de la lactancia, exclusividad y momento de inicio de la alimentación suplementaria) ni sobre los resultados del lactante (crecimiento, salud y desarrollo).</p>		<p>Certeza de la evidencia: 1+ Grado de recomendación: B</p> <p>Una revisión sistemática que incluyó 13 estudios demostró efectos inconsistentes de los AOC en el desempeño de la lactancia (duración de la lactancia, exclusividad y momento del inicio de la alimentación suplementaria), si el inicio de los AOC se produjo antes de las 6 semanas (inicio temprano) o después de las 6 semanas (inicio tardío) después de parto. La revisión sistemática informó resultados contradictorios sobre si el inicio temprano de AOC afecta los resultados del lactante (crecimiento, salud y desarrollo), pero en general no encontró un impacto negativo sobre los resultados de los lactantes con el inicio posterior de AOC. El ECA más reciente de buena calidad metodológica, que aleatorizó a las mujeres para usar AOC (n=64) o POP (n=63) iniciados 2 semanas después del parto, encontró que no</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			hubo diferencia estadística en la continuación de la lactancia materna o la suplementación entre los dos grupos 8 semanas después del parto. No hubo diferencia estadística entre los dos grupos en la continuación de la lactancia materna 6 meses después del parto.
Método de la amenorrea de la lactancia	<p>Se puede aconsejar a las mujeres que, si tienen menos de 6 meses después del parto, están amenorreicas y están amamantando completamente, el método de la amenorrea de la lactancia (LAM) es un método anticonceptivo altamente efectivo.</p> <p>Se debe advertir a las mujeres que utilizan MELA que el riesgo de embarazo aumenta si disminuye la frecuencia de la lactancia (p. ej., interrumpiendo las tomas nocturnas, iniciando o aumentando la alimentación complementaria, uso de chupetes, extracción de leche), cuando vuelve la menstruación o cuando tienen más de 6 meses después del parto.</p>	<p>Certeza de la evidencia: 2-, 2+, 3 Grado de recomendación: C</p> <p>2-: Las mujeres que amamantan exclusivamente tienen una fertilidad reducida y la lactancia materna puede usarse para reducir el riesgo de un embarazo no deseado. Sin embargo, cuando la frecuencia y la duración de la lactancia disminuyen, la actividad ovárica puede restaurarse y la probabilidad de reiniciar los períodos menstruales aumenta.</p> <p>2+: Se ha demostrado que las mujeres que amamantan y experimentan un sangrado menstrual durante los primeros 6 meses después del parto, tienen un mayor riesgo de embarazo que aquellas que continúan amenorreicas. Por lo tanto, para que la lactancia materna sea un método anticonceptivo efectivo, se recomienda que las mujeres cumplan los siguientes tres criterios:</p> <p>a. Lactancia exclusiva o casi exclusiva de día y de noche (sin otros líquidos o solo agua, jugo o vitaminas administrados con poca frecuencia además de la lactancia materna). No debe haber</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>intervalos largos entre tomas de día o de noche (por ejemplo, más de 4 horas durante el día y más de 6 horas por la noche)</p> <p>b. Amenorreica</p> <p>c. Menos de 6 meses postparto.</p> <p>Los estudios han demostrado consistentemente que cuando se aplican las reglas de LAM, las tasas de falla son menores al 2%. Cuando la frecuencia y la duración de la succión disminuyen, quizás como resultado de la introducción de chupetes/chupetes, enfermedades maternas o infantiles o la introducción de alimentación complementaria, aumenta la actividad ovárica y el riesgo de embarazo. En un estudio prospectivo multicéntrico de 4118 mujeres que amamantaban, las tasas de embarazo acumuladas para mujeres amenorreicas que amamantaban exclusivamente oscilaron entre el 0,9 % [(IC) del 95 %: 0–2,0] y el 1,2 % (IC del 95 %: 0–2,4) en los primeros 6 meses. En comparación, a los 12 meses las tasas oscilaron entre el 6,6 % (IC del 95 %: 1,9 a 11,2) y el 7,4 % (IC del 95 %: 2,5 a 12,3). Hay estudios limitados sobre el efecto de la extracción de leche sobre la eficacia de LAM. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que amamantan se extraen leche, por lo que es importante considerar cuidadosamente esta</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>evidencia y sus implicaciones. Un estudio de 170 mujeres diseñado para examinar la eficacia de LAM en mujeres trabajadoras que se extraían manualmente la leche informó una tasa de embarazo del 5,2 %. El estudio tuvo una serie de limitaciones que incluyen la ausencia de un grupo comparativo, altas tasas de abandono y falta de información sobre la actividad sexual, pero sugiere que la extracción de leche materna puede reducir la eficacia de LAM.</p> <p>3: Si bien las mujeres que están amamantando exclusivamente, dentro de los 6 meses posteriores al parto y están en amenorrea pueden optar por depender solo del MELA hasta que se reduzca la lactancia o ya no se cumplan los otros criterios de MELA, es probable que la proporción de madres que cumplen estos criterios en el Reino Unido sea pequeña. La lactancia materna varía según la región geográfica, la edad de la madre y las privaciones en el Reino Unido.</p> <p>Un estudio muestra que en Escocia a las 6-8 semanas, solo el 38 % de los bebés recibían lactancia materna exclusiva en 2014/2015. La cifra correspondiente a las madres menores de 20 años fue aún más baja, con solo el 5,0% amamantando exclusivamente. La encuesta de alimentación infantil de 2010, que incluyó a madres de Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, encontró que 3 meses después de dar a</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		luz, el 17 % de las mujeres sigue amamantando exclusivamente. Las mujeres pueden optar por usar LAM solo durante las primeras semanas o meses después del parto.	
DIU	El DIU se puede insertar de manera segura inmediatamente después del nacimiento (dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta) o dentro de las primeras 48 horas después de una cesárea sin complicaciones o un parto vaginal. Después de 48 horas, la inserción debe retrasarse hasta 28 días después del parto.	<p>Certeza de la evidencia: 1+ Grado de recomendación: B</p> <p>La inserción del DIU puede tener lugar tan pronto como se expulsa la placenta en la cesárea o después del parto vaginal (dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta y hasta 48 horas después del parto). Una revisión Cochrane concluyó que la inserción de un DIU en este momento es segura y efectiva. Las contraindicaciones para la inserción del DIU en este momento incluyen ruptura prolongada de membranas, hemorragia postparto no resuelta y sepsis.</p> <p>Existe evidencia limitada sobre la inserción de DIU entre 48 horas y 4 semanas después del parto. Un ECA reciente que incluyó mujeres asignadas al azar para recibir DIU a las 3 semanas (n=101) o a las 6 semanas (n=100) informó que no hubo diferencias en las complicaciones entre los grupos. Las tasas de continuación no difirieron significativamente entre los grupos a los 3 (73 % frente a 75,3 %, p=0,72) o 6 meses (80,3 % frente a 82,8 %, p=0,71). Una mayor proporción de mujeres en el grupo de 6 semanas había reanudado el coito antes de la</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>inserción del DIU (23,4 % frente a 7,3 %, p=0,1). El dolor durante la inserción (19,9 % frente a 25,1 %, p=0,21) y la satisfacción (89,6 % frente a 93,4 %, p=0,23) no fueron significativamente diferentes entre los grupos.</p> <p>Un estudio prospectivo que incluyó a 50 mujeres a las que se les insertó un DIU 2 semanas después del parto encontró que era factible y aceptable para las mujeres. De 43 mujeres con datos de seguimiento disponibles, 40 (93%) lo recomendarían a un amigo. La tasa de continuación a los 6 meses fue del 86% (37 mujeres). Hubo dos expulsiones parciales; uno era sintomático. Esta tasa de expulsión (4,6%) es consistente con la tasa de inserción del intervalo y es inferior a la inserción posplacentaria inmediata. No se reportaron perforaciones uterinas.</p> <p>No hay evidencia de un mayor riesgo de perforación uterina si el DIU se inserta inmediatamente después de la expulsión de la placenta o dentro de las 48 horas posteriores al parto, en comparación con la inserción tardía (después de 4 semanas del parto). En realidad, el riesgo puede reducirse en comparación con la inserción retrasada, ya que el miometrio es grueso en el período inmediatamente posterior al</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>parto. Tampoco hay aumento en el riesgo de infección.</p> <p>La inserción del DIU inmediatamente después del parto se asocia con tasas más altas de expulsión, pero también tasas más altas de continuidad 6 a 12 meses después del parto, independientemente del tipo de DIU o el modo de parto. La expulsión es más probable que ocurra en los primeros 3 meses después de la inserción. Las tasas de expulsión pueden ser más bajas para la inserción postplacentaria después del parto por cesárea que después del parto vaginal. Un metanálisis que incluyó partos vaginales y por cesárea de cuatro ECA que examinaron la inserción inmediata de un DIU versus la inserción tardía (4 a 12 semanas después del parto) demostró que la expulsión a los 6 meses era más probable en el grupo de inserción inmediata [odds ratio (OR) 4,89, IC 95% 1,47-16,32]. Sin embargo, el uso de DIU a los 6 meses fue más frecuente con la inserción inmediata que con la inserción tardía (OR 2,04, IC del 95 %: 1,01–4,09). Los beneficios de la inserción altamente eficaz de un DIU inmediatamente después del parto vaginal o cesárea pueden superar la desventaja de un mayor riesgo de expulsión. Es probable que la expulsión per se sea menos indicativa del valor del método que la continuación general en el</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>tiempo. Siempre que se reconozca la expulsión y se proporcione un método anticonceptivo alternativo o se inserte un DIU de reemplazo, esto no debe considerarse como una razón para no proporcionar un DIU inmediatamente después del parto.</p> <p>Dada la evidencia limitada sobre la inserción del DIU-Cu entre 3 y 4 semanas después del parto, el GDG recomienda que hasta que surja más evidencia, la inserción del DIU-Cu entre las 3 y 4 semanas debe basarse en el juicio clínico (es decir, UKMEC 3).</p> <p>parto vaginal</p> <p>Dos ECA^{84,85} examinaron el uso de LNG-IUS después del parto vaginal. En un estudio piloto prospectivo,⁸⁴ 46 mujeres fueron aleatorizadas en uno de tres grupos: inserción inmediata (dentro de los 10 minutos posteriores al parto), inserción temprana (10 minutos a 48 horas después del parto) o inserción a intervalos (más de 6 semanas después del parto). No hubo diferencia en las tasas de continuación a los 3 y 6 meses entre los grupos. Las tasas de expulsión fueron significativamente más altas y el dolor durante la inserción fue significativamente menor en los grupos de inserción inmediata y temprana ($p < 0,001$) en comparación con el grupo de intervalo. En otro ECA,⁸⁵ un número igual de 102 mujeres que planeaban partos vaginales y que</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>deseaban un SIU-LNG postparto se asignaron al azar para recibir una inserción inmediata o diferida (6 a 8 semanas después del parto). El LNG-IUS se insertó con éxito en 50/51 mujeres (98,0 %) y 46/51 mujeres (90,2 %) en los grupos inmediato y diferido, respectivamente. A los 6 meses, la tasa de expulsión en el grupo inmediato fue significativamente mayor (24 % frente a 4,4 %, $p < 0,01$), pero las tasas de continuación no fueron significativamente diferentes (84,3 % frente a 76,5 %, $p = 0,32$). Cinco (10%) de las mujeres en el grupo tardío no asistieron al seguimiento para la inserción de LNG-IUS parto por cesárea. Hay tres ECA recientes que involucran la inserción de DIU en el momento del parto por cesárea. En un ECA, 42 mujeres que deseaban usar un SIU-LNG se asignaron al azar para recibir la inserción inmediata en el momento de la cesárea ($n = 20$) o la inserción tardía de 4 a 8 semanas después del parto ($n = 22$). El uso confirmado del LNG-IUS 12 meses después del parto fue mayor en el grupo de inserción inmediata (60,0 % frente a 40,9 %, $p = 0,35$), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.</p> <p>En otro ECA, entre las 68 mujeres que deseaban utilizar el DIU-Cu, se insertó el DIU-Cu en el 100</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>% (34/34) de las mujeres del grupo de inserción inmediata y en el 53 % (18/34) del grupo de inserción atrasado (6 semanas después del parto). A los 6 meses, la tasa de continuación fue mayor en el grupo de inserción inmediata (93 % frente a 50 %, $p < 0,0001$). La infección y la expulsión fueron raras y no difirieron entre los grupos. En otro ECA, 88 112 mujeres recibieron LNG-IUS o Cu-IUD en la cesárea (grupo inmediato) o a las 6 semanas o más después del parto (grupo de intervalo). Los datos sobre el uso de DIU a los 6 meses después del parto estaban disponibles para 48 y 50 mujeres en los grupos inmediato y de intervalo, respectivamente. A los 6 meses, significativamente más mujeres (40/48, 83 %) en el grupo inmediato usaban un DIU en comparación con 32/50 (64 %) mujeres en el grupo de intervalo [riesgo relativo (RR) 1,3, IC del 95 % 1,02– 1.66]. Entre las 56 mujeres asignadas al azar al grupo de intervalo, 22 (39 %) nunca recibieron DIU, 14 (25 %) nunca regresaron para la colocación de DIU, cinco (9 %) rechazaron la colocación de DIU y tres (5 %) tuvieron una colocación de DIU fallida.</p>	
Implante de solo progestágeno	IMP se puede iniciar de forma segura en cualquier momento después del parto, incluso inmediatamente después del parto.	<p>Certeza de la evidencia: 1+,2+ Grado de recomendación: C 2+: Aunque la inserción de IMP inmediatamente después del parto está fuera de la licencia actual del producto, los estudios han demostrado que la</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>inserción en este momento es segura y muy aceptable para las mujeres. Seis estudios de cohortes que incluyeron madres jóvenes informaron que el uso continuado de IMP a los 6 meses llegó al 98 %, mientras que a los 12 meses las tasas de continuación llegaron al 86 % en tres estudios y al 84 % en otro.⁹⁰ Un estudio de cohortes retrospectivo⁸⁹ de 262 mujeres a las que se les insertó IMP inmediatamente después del parto encontraron que la tasa de continuación durante su vida útil de 3 años fue alta (66,3%). La adopción de IMP por madres jóvenes inmediatamente después del parto o poco después se asoció con una reducción en el número de mujeres con IPI corto. Un estudio australiano de madres adolescentes (menores de 18 años) encontró que las madres jóvenes que usan IMP después del parto quedaron embarazadas más tarde que las mujeres que optaron por usar otros métodos (p=0,022) con un tiempo medio hasta otro embarazo de 23,8 meses (95. % IC 22,2-25,5) en comparación con 18,1 meses (95% IC 15,1-20,7) para AOC/DMPA y 17,6 meses (95% IC 14,0-21,3) para barrera o ningún método. En un estudio de EE. UU. de poco menos de 300 madres (menores de 25 años) que eligieron IMP después del parto, la proporción de mujeres embarazadas nuevamente a los 12 meses fue solo del 2,6 % en el grupo IMP en</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
		<p>comparación con el 18,6 % de sus contrapartes que usaron otros métodos.</p> <p>1+: Con respecto a los patrones de sangrado, un ECA que incluyó a 35 mujeres asignadas a inserción temprana (1 a 3 días después del parto) y 34 mujeres a inserción estándar (4 a 8 semanas después del parto) encontró que los patrones de sangrado autoinformados por las mujeres a los 6 meses no eran estadísticamente diferentes entre los grupos.</p> <p>2+:Un estudio de cohorte retrospectivo no encontró diferencias en las tasas de extracción de IMP debido a sangrado vaginal entre las mujeres a las que se les insertó IMP inmediatamente después del parto (dentro de las 96 horas posteriores al parto), diferido (6 a 12 semanas después del parto) o como un método de intervalo (inserción de intervalo en una visita ginecológica ya sea más de 12 semanas después del parto o sin relación con un evento de embarazo). El estudio encontró que el 19,3 % de las mujeres en el grupo de inserción inmediata solicitó la extracción debido a un sangrado irregular en comparación con el 18,4 % en el grupo tardío (OR 1,06, IC 95 % 0,48–2,33) y el 20,8 % en el grupo de intervalo (OR 0,91, 95 %). % IC 0,52-1,60). Un estudio piloto que incluyó a 20 mujeres que amamantaban exclusivamente al azar para recibir IMP 24–48 horas después del parto informó que</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		IMP no se asoció con efectos clínicos maternos nocivos, alteraciones metabólicas maternas significativas o disminución del aumento de peso del bebé. Además, otro estudio ⁹⁵ encontró que la IMP no se asoció con variaciones fisiológicas del sistema hemostático durante las primeras 6 semanas después del parto.	
Inyectable de solo progestágeno	POI se puede iniciar en cualquier momento después del parto, incluso inmediatamente después del parto.	Certeza de la evidencia: 2+,4 Grado de recomendación: C 4: Hay preocupaciones teóricas de que el uso de DMPA puede estar asociado con un mayor riesgo de TEV en comparación con otros métodos de progestágeno solo. Por lo tanto, la clasificación UKMEC es más alta para DMPA (UKMEC 2) que IMP y POP (UKMEC 1) para uso de mujeres en las primeras 6 semanas después del parto. 2+: El SPC para Depo-Provera® y Sayana Press® recomienda que las mujeres usen el DMPA con precaución después del parto debido a su potencial para alterar los patrones de sangrado. Sin embargo, dos estudios no aleatorios de baja calidad no informaron una diferencia estadística en los patrones de sangrado en mujeres que usaron DMPA después del parto. Se requiere más evidencia para corroborar una asociación entre el DMPA y el sangrado alterado en el puerperio. Las mujeres deben ser informadas del potencial de sangrado problemático; sin embargo, el uso de DMPA en el	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		período posterior al parto no debe restringirse por este motivo.	
Píldoras de solo progestágeno	POP se puede iniciar en cualquier momento después del parto, incluso inmediatamente después del parto.	Certeza de la evidencia: 2+ Grado de recomendación: C La evidencia ha demostrado que los AOP tienen efectos mínimos sobre los factores de coagulación, la presión arterial o los niveles de lípidos y, por lo tanto, representan una opción anticonceptiva adecuada para las mujeres después del parto que no tienen contraindicaciones para su uso.	
Esterilización femenina	Para la esterilización después del parto, tanto los clips de Filshie como la técnica de Pomeroy modificada son eficaces. La aplicación de clip Filshie es más rápida de realizar.	Certeza de la evidencia: 1++ Grado de recomendación: A 1++: Un ECA multicéntrico (Taiwán, Tailandia, Panamá y Filipinas) que involucró a 14 000 mujeres postparto aleatorias para recibir esterilización con clip Filshie (n=698) o salpingectomía parcial (n=702) informó una diferencia estadísticamente significativa en las tasas de embarazo acumuladas entre los 2 grupos La probabilidad de embarazo a los 24 meses para el grupo de clip de Filshie fue de 0,017 en comparación con 0,004 en el grupo de salpingectomía parcial (p = 0,04). Se pensó que este mayor riesgo de falla del método asociado con el clip de Filshie estaba relacionado con los cambios fisiológicos en las trompas de Falopio como resultado del embarazo, lo que puede interrumpir la oclusión tubárica completa con los	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
		clips de Filshie; la evidencia histológica ha demostrado una mayor incidencia de edema en las trompas de Falopio de las mujeres después del parto. 1+:Sin embargo, una revisión sistemática que incluyó un análisis combinado de datos de un ECA y tres estudios observacionales que compararon el método de Pomeroy modificado y el clip de Filshie para la esterilización postparto no encontró diferencias entre las tasas de fracaso de los dos métodos (OR 0,76, IC del 95 %: 0,30–1,95); y las tasas de complicaciones fueron similares. Sobre la base de un ECA, la revisión también informó que el uso de clips Filshie fue más rápido de realizar y fue el método de oclusión preferido por los cirujanos. Por lo tanto, la revisión recomendó que los clips Filshie podrían usarse como una alternativa a la técnica de Pomeroy modificada para la esterilización después del parto.	
Esterilización femenina	La esterilización femenina es una opción segura para la anticoncepción permanente después del parto.		Certeza de la evidencia: 1++ Grado de recomendación: A Una revisión Cochrane que incluyó 19 ECA con 13 209 mujeres informó que 1 año después de la esterilización, las tasas de fracaso fueron bajas (<5/1000 mujeres) para todos los métodos de oclusión tubárica, independientemente de si se realizó después del parto o como un procedimiento de intervalo. No se informaron

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			muertes con ningún método y la morbilidad importante relacionada con la técnica de oclusión fue rara. De los estudios, tres ECA (1632 mujeres) se relacionaron exclusivamente con la esterilización postparto. El ensayo US Collaborative Review of Sterilization (CREST) informó que la salpingectomía parcial postparto tiene una de las tasas de fracaso más bajas de todas las técnicas de esterilización, con una tasa de fracaso de 1 año de 0,6 por 1000 procedimientos y una tasa de fracaso de 10 años de 7,5 por 1000 procedimientos. Las tasas de fracaso de la salpingectomía parcial de intervalo a 1 y 10 años fueron de 7,3 y 20,1 por 1000 procedimientos, respectivamente.
LARC/ Esterilización femenina	Se debe advertir a las mujeres que algunos métodos LARC son igual o más efectivos que la esterilización femenina y pueden conferir otros beneficios no anticonceptivos. Sin embargo, las mujeres no deben sentirse presionadas a elegir LARC en lugar de la esterilización femenina.	<p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Pocas condiciones médicas restringirían absolutamente la elegibilidad de un individuo para la esterilización femenina. Se pueden aplicar precauciones específicas en ciertas circunstancias.</p> <p>Todos los métodos anticonceptivos, incluida la vasectomía (si corresponde), deben discutirse con las mujeres que solicitan la esterilización femenina. Se debe informar a las mujeres que algunos métodos LARC son igual o más efectivos</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		que la esterilización femenina y pueden otorgar otros beneficios no anticonceptivos, como la reducción del sangrado uterino con el uso de LNG-IUS. Sin embargo, es importante que las mujeres no se sientan presionadas a elegir LARC en lugar de la esterilización femenina.	
Métodos de barrera	Las mujeres pueden usar condones masculinos y femeninos de manera segura después del parto		Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Las mujeres pueden usar condones (masculinos y femeninos) sin restricciones en cualquier momento después del parto. Sin embargo, dadas sus altas tasas de falla (porcentaje de mujeres que experimentan un embarazo no deseado dentro del primer año de uso) con el uso típico, se consideran uno de los métodos anticonceptivos menos efectivos.
Métodos de conocimiento de la fertilidad	Las mujeres pueden utilizar los métodos de conocimiento de la fertilidad (FAM) después del parto. Sin embargo, se debe advertir a las mujeres que debido a que FAM se basa en la detección de signos y síntomas de fertilidad y ovulación, su uso puede ser difícil después del parto y durante la lactancia. *Las mujeres que no están amamantando pueden confiar en FAM como anticonceptivo a partir	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Se debe advertir a las mujeres que los métodos de conocimiento de la fertilidad (FAM) deben usarse con cuidado para garantizar la máxima eficacia. La eficacia de FAM se puede mejorar cuando se utiliza una combinación de indicadores y los enseñan profesionales capacitados en FAM. Las altas tasas de falla están asociadas con el uso típico. Consulte la guía FSRH Métodos de conocimiento de la fertilidad para obtener más orientación.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	de las 4 semanas posteriores al parto, ya que es cuando se reanuda la función ovárica y los signos de fertilidad y/o los cambios hormonales se vuelven detectables.	Dentro de las primeras 4 semanas después del parto, es poco probable que las mujeres que no están amamantando tengan una función ovárica suficiente para producir signos detectables de fertilidad o que requieran FAM. Aunque el riesgo de embarazo es bajo durante las primeras 4 semanas después del parto, a las mujeres que deseen utilizar un método anticonceptivo durante este tiempo, se les debe ofrecer un método alternativo a los métodos basados en el conocimiento de fertilidad. Las mujeres que no están amamantando pueden confiar en FAM como método anticonceptivo a partir de las 4 semanas posteriores al parto, ya que es cuando se reanuda la función ovárica y los signos de fertilidad y/o los cambios hormonales se vuelven detectables.	

	Criterios médicos de elegibilidad	
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Varios (CHC, anticoncepción hormonal combinada; DIU-Cu, dispositivo intrauterino de cobre; DMPA, inyectable solo de progestágeno: acetato de medroxiprogesterona de	Tabla 3: Resumen de las categorías de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (UKMEC) del Reino Unido aplicables a las mujeres después del parto	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Criterios médicos de elegibilidad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
depósito; IMP, implante de progestágeno solo; LNG-IUS, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; POP, píldora de progestágeno solo)		
General	Los médicos deben hablar con la mujer sobre cualquier característica personal o condición médica existente, incluidas aquellas que se hayan desarrollado durante el embarazo, que puedan afectar su elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos.	<p>Certeza de la evidencia: 4</p> <p>Grado de recomendación: D</p> <p>Las mujeres pueden desarrollar varias condiciones médicas durante el embarazo que pueden afectar su elegibilidad para usar ciertos tipos de anticonceptivos después del parto. El UKMEC incluye recomendaciones para antecedentes de presión arterial alta durante el embarazo, antecedentes de colestasis relacionada con el embarazo (colestasis obstétrica) y diabetes (antecedentes de enfermedad gestacional) que se muestran en la Tabla 4 (Documento fuente). Todos los métodos anticonceptivos pueden administrarse de manera segura en r mujeres con antecedentes de estas condiciones.</p> <p>Además, el UKMEC recomienda tener en cuenta también otras condiciones, como la obesidad, la hipertensión o las dislipidemias, al hacer un juicio clínico sobre el método más adecuado para cada mujer después del parto.</p>
Anticoncepción de emergencia (levonogestrel y acetato de ulipristal) ; DIU de cobre	La anticoncepción de emergencia (AE) está indicada para mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección a partir de los 21 días posteriores al parto, pero no es necesaria antes de este. El levonorgestrel oral EC 1,5 mg (LNG-EC) y el acetato de ulipristal 30 mg (UPA-EC) son seguros de usar a partir de los 21 días posteriores al parto. El dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) es seguro de	<p>Certeza de la evidencia: consenso de expertos</p> <p>Grado de recomendación: Puntos de buena práctica</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	Criterios médicos de elegibilidad	
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	usar para la AE a partir de los 28 días posteriores al parto.	
Anticonceptivos hormonales combinados	<p>Las mujeres que están amamantando deben esperar hasta 6 semanas después del parto antes de iniciar un método CHC.</p> <p>Se debe informar a las mujeres que están amamantando que actualmente hay evidencia limitada con respecto a los efectos del uso de AHC en la lactancia. Sin embargo, los estudios de mejor calidad sobre el inicio temprano de AHC no encontraron efectos adversos sobre el rendimiento de la lactancia (duración de la lactancia, exclusividad y momento de inicio de la alimentación suplementaria) ni sobre los resultados del lactante (crecimiento, salud y desarrollo).</p>	<p>Certeza de la evidencia: 1+ Grado de recomendación: B</p> <p>Una revisión sistemática que incluyó 13 estudios demostró efectos inconsistentes de los AOC en el desempeño de la lactancia (duración de la lactancia, exclusividad y momento del inicio de la alimentación suplementaria), si el inicio de los AOC se produjo antes de las 6 semanas (inicio temprano) o después de las 6 semanas (inicio tardío) después de parto. La revisión sistemática informó resultados contradictorios sobre si el inicio temprano de AOC afecta los resultados del lactante (crecimiento, salud y desarrollo), pero en general no encontró un impacto negativo sobre los resultados de los lactantes con el inicio posterior de AOC. El ECA más reciente de buena calidad metodológica, que aleatorizó a las mujeres para usar AOC (n=64) o POP (n=63) iniciados 2 semanas después del parto, encontró que no hubo diferencia estadística en la continuación de la lactancia materna o la suplementación entre los dos grupos 8 semanas después del parto. No hubo diferencia estadística entre los dos grupos en la continuación de la lactancia materna 6 meses después del parto.</p>
Anticonceptivos hormonales combinados	<p>Todas las mujeres deben someterse a una evaluación de riesgo de TEV posnatal. Las mujeres que tienen factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) no deben usar CHC dentro de las 6 semanas posteriores al parto. Estos incluyen inmovilidad, transfusión en el momento del parto, índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², hemorragia postparto, parto postcesarea, preeclampsia o tabaquismo. Esto se aplica tanto a las mujeres que están</p>	<p>Certeza de la evidencia: 4,1+ Grado de recomendación: C</p> <p>4: El UKMEC recomienda que las mujeres que amamantan no usen AHC hasta 6 semanas después del parto (UKMEC 4). Recomienda que las mujeres no usen AHC dentro de las 6 semanas posteriores al parto si existen factores de riesgo adicionales para TEV, que incluyen inmovilidad, transfusión en el parto, índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², hemorragia postparto, parto postcesarea, preeclampsia o tabaquismo. Esto se aplica tanto a las mujeres que están amamantando como a las que no están amamantando.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Criterios médicos de elegibilidad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	amamantando como a las que no están amamantando.	1+:Una revisión sistemática que incluyó 13 estudios demostró efectos inconsistentes de los AOC en el desempeño de la lactancia (duración de la lactancia, exclusividad y momento de inicio de la alimentación suplementaria) si el inicio de los AOC se produjo antes de las 6 semanas (inicio temprano) o después de las 6 semanas (inicio tardío) después del parto . La revisión sistemática informó resultados contradictorios sobre si el inicio temprano de los AOC afecta los resultados de los lactantes (crecimiento, salud y desarrollo), pero en general no encontró un impacto negativo en los resultados de los lactantes con el inicio tardío de los AOC.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
General	Los proveedores de servicios de maternidad deben garantizar que todas las mujeres después del embarazo tengan acceso a la gama completa de anticonceptivos, incluidos los métodos LARC más efectivos, para comenzar inmediatamente después del parto. Esto no debe limitarse a aquellas mujeres con condiciones que pueden representar un riesgo significativo para la salud durante el embarazo y los grupos vulnerables (incluidos los jóvenes) en riesgo de un intervalo entre embarazos corto	<p>Certeza de la evidencia: 4</p> <p>Grado de recomendación: Puntos de buena práctica</p> <p>Puntos basados en consenso de expertos y guía NICE (LARC)</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación
	(IPI) o un embarazo no deseado.
LARC	<p>Se debe informar a las mujeres sobre la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos, incluida la eficacia superior de la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), al elegir un método apropiado para usar después del parto.</p> <p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: Puntos de buena práctica</p> <p>Puntos basados en consenso de expertos y tabla de CDC</p>
General	<p>Tanto las mujeres que amamantan como las que no amamantan deben iniciar un método anticonceptivo eficaz después del nacimiento lo antes posible, ya que la actividad sexual y la ovulación pueden reanudarse muy pronto .</p> <p>Certeza de la evidencia: 2+ Grado de recomendación: D</p> <p>Esta evidencia está basada en un estudio del Reino Unido que encontró que casi 1 de cada 13 mujeres que tuvieron un aborto o un parto concibieron durante el año posterior a esa gestación. Se consideró que IPI corto (menos de 12 meses) aumenta el riesgo de complicaciones que incluyen parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal y muerte neonatal.</p>
General	<p>La elección del método anticonceptivo debe iniciarse a los 21 días después del parto.</p> <p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D</p> <p>El método anticonceptivo elegido por una mujer puede iniciarse inmediatamente después del parto si así lo desea y si es médicamente elegible.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Implante; DIU	Se debe advertir a las mujeres que la anticoncepción intrauterina (IUC) y el implante de progestágeno solo (IMP) se pueden insertar inmediatamente después del parto.	<p>Certeza de la evidencia: 2+</p> <p>Grado de recomendación: C</p> <p>Se basa en la evidencia que refiere que la provisión de IMP y DIU inmediatamente después del parto se asocia con un riesgo reducido de embarazo no deseado y ayuda a las mujeres a optimizar el espaciamiento de los hijos. Altas tasas de continuación de LARC [es decir, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu), LNG-IUS e IMP] a los 12 meses con inserción inmediata después del parto. Los hallazgos de un modelo de análisis de decisiones basado en datos de los EE. UU. estimaron que la inserción inmediata de DIU después del parto podría prevenir 88 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres durante un período de 2 años</p>
Implante; DIU	<p>Los médicos deben ser conscientes de que la inserción de IMP poco después del parto es conveniente y muy aceptable para las mujeres. Esto se ha asociado con altas tasas de continuación y un menor riesgo de embarazo no deseado.</p> <p>Los médicos deben tener en cuenta que la inserción de DIU en el momento del parto vaginal o por cesárea es conveniente y muy aceptable para las mujeres. Esto se ha asociado con altas tasas de continuación y un menor riesgo de embarazo no deseado.</p>	<p>Certeza de la evidencia: 1+</p> <p>Grado de recomendación: B</p> <p>Con base en un ECA que incluyó mujeres asignadas al azar para la inserción de un implante de 1 a 3 días (grupo de inserción temprana) o de 4 a 8 semanas (grupo estándar) después del parto. Solamente el 3 % de las mujeres en el grupo de inserción temprana no se presentó para la inserción, en comparación con 32 % de mujeres asignadas al azar a inserción tardía.</p>
General	Se debe advertir a las mujeres que un intervalo entre embarazos (IPI) de menos de	<p>Certeza de la evidencia: 1+</p> <p>Grado de recomendación: B</p> <p>Un estudio de cohorte retrospectivo escocés informó que un IPI corto de menos de 12 meses es</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	12 meses entre el parto y la nueva concepción se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y bebés pequeños para la edad gestacional (SGA).	un factor de riesgo independiente de complicaciones que incluyen parto prematuro, bajo peso al nacer, mortinatos y muerte neonatal. Estos hallazgos también están respaldados por una revisión (que incluyó 20 estudios sobre nacidos vivos y tres estudios sobre mortinatos en países de bajos y altos ingresos) que informó que las complicaciones más comunes del embarazo se asociaron consistentemente con un IPI corto (menos de 12 meses) e incluyeron parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer y bebés pequeños para la edad gestacional (PEG). Los resultados fetales/neonatales adversos asociados con un IPI corto incluyeron también defectos de nacimiento, muerte fetal/neonatal temprana y resultados adversos del desarrollo neurológico. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un IPI de 24 meses después del parto.
Método de barrera/abstinencia	Se debe advertir a las mujeres que se requieren precauciones anticonceptivas adicionales (p. ej., método de barrera/abstinencia) si se inicia la anticoncepción hormonal 21 días o más después del parto. No se requieren precauciones anticonceptivas adicionales si la anticoncepción se inicia inmediatamente o dentro de los 21 días posteriores al parto.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: Punto de buena práctica
DIU	El DIU se puede insertar de manera segura inmediatamente después del nacimiento (dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta) o dentro de las primeras 48 horas después de una cesárea sin complicaciones o un parto	Certeza de la evidencia: 1+ Grado de recomendación: B La inserción del DIU puede tener lugar tan pronto como se expulsa la placenta en la cesárea o después del parto vaginal (dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta y hasta 48 horas después del parto). Una revisión Cochrane concluyó que la inserción de un DIU en ese momento es segura y efectiva y las contraindicaciones para la inserción del DIU en este momento incluyen ruptura prolongada de membranas, hemorragia postparto no resuelta y sepsis. Existe evidencia limitada sobre la inserción de DIU entre 48 horas y 4 semanas después del parto.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	vaginal. Después de 48 horas, la inserción debe retrasarse hasta 28 días después del parto.	<p>Un ECA reciente que incluyó mujeres asignadas al azar para recibir DIU a las 3 semanas (n=101) o a las 6 semanas (n=100) informó que no hubo diferencias en las complicaciones entre los grupos. Las tasas de continuación no difirieron significativamente entre los grupos a los 3 (73 % frente a 75,3 %, p=0,72) o 6 meses (80,3 % frente a 82,8 %, p=0,71). Una mayor proporción de mujeres en el grupo de 6 semanas había reanudado el coito antes de la inserción del DIU (23,4 % frente a 7,3 %, p=0,1). El dolor durante la inserción (19,9 % frente a 25,1 %, p=0,21) y la satisfacción (89,6 % frente a 93,4 %, p=0,23) no fueron significativamente diferentes entre los grupos.</p> <p>Un estudio prospectivo que incluyó a 50 mujeres a las que se les insertó un DIU 2 semanas después del parto encontró que era aceptable para las mujeres. De 43 mujeres con datos de seguimiento disponibles, 40 (93%) lo recomendarían a un amigo. La tasa de continuación a los 6 meses fue del 86% (37 mujeres). Hubo dos expulsiones parciales. Esta tasa de expulsión (4,6%) es consistente con la tasa de inserción del intervalo (4% inserción después de dos semanas). No se reportaron perforaciones uterinas.</p> <p>No hay evidencia de un mayor riesgo de perforación uterina si el DIU se inserta inmediatamente después de la expulsión de la placenta o dentro de las 48 horas posteriores al parto, en comparación con la inserción tardía (después de 4 semanas) después del parto. En realidad, el riesgo puede reducirse en comparación con la inserción retrasada, ya que el miometrio es grueso en el período inmediatamente posterior al parto. Tampoco hay aumento en el riesgo de infección.</p> <p>La inserción del DIU inmediatamente después del parto se asocia con tasas más altas de expulsión pero también tasas más altas de continuidad 6 a 12 meses después del parto, independientemente del tipo de DIU o el modo de parto. La expulsión es más probable que ocurra en los primeros 3 meses después de la inserción. Las tasas de expulsión pueden ser más bajas para la inserción postplacentaria después del parto por cesárea que después del parto vaginal. Un metanálisis que incluyó partos vaginales y por cesárea de cuatro ECA que examinaron la inserción inmediata de un DIU versus la inserción tardía (4 a 12 semanas después del parto) demostró que la expulsión a los 6 meses era más probable en el grupo de inserción inmediata</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>[odds ratio (OR) 4,89, IC 95% 1,47-16,32]. Sin embargo, el uso de DIU en el seguimiento a los 6 meses fue más probable con la inserción inmediata que con la inserción tardía (OR 2,04, IC del 95 %: 1,01–4,09). Los beneficios de la inserción de un DIU altamente eficaz inmediatamente después del parto (sección vaginal o cesárea) pueden superar la desventaja de un mayor riesgo de expulsión. Es probable que la expulsión per se sea menos indicativa del valor del método que la continuidad general en el tiempo. Siempre que se reconozca la expulsión y se proporcione un método anticonceptivo alternativo o se inserte un DIU de reemplazo, esto no debe considerarse como una razón para no proporcionar un DIU inmediatamente después del parto. Dada la evidencia limitada sobre la inserción del DIU-Cu entre 3 y 4 semanas después del parto, el GDG recomienda que hasta que surja más evidencia, la inserción del DIU-Cu entre las 3 y 4 semanas debe basarse en el juicio clínico (es decir, UKMEC 3).</p> <p>parto vaginal</p> <p>Dos ECA^{84,85} examinaron el uso de LNG-IUS después del parto vaginal. En un estudio piloto prospectivo,⁸⁴ 46 mujeres fueron aleatorizadas en uno de tres grupos: inserción inmediata (dentro de los 10 minutos posteriores al parto), inserción temprana (10 minutos a 48 horas después del parto) o inserción a intervalos (más de 6 semanas después del parto). No hubo diferencia en las tasas de continuación a los 3 y 6 meses entre los grupos. Las tasas de expulsión fueron significativamente más altas y el dolor durante la inserción fue significativamente menor en los grupos de inserción inmediata y temprana (p<0,001) en comparación con el grupo de intervalo. En otro ECA,⁸⁵ un número igual de 102 mujeres que planeaban partos vaginales y que deseaban un SIU-LNG postparto se asignaron al azar para recibir una inserción inmediata o diferida (6 a 8 semanas después del parto). El LNG-IUS se insertó con éxito en 50/51 mujeres (98,0 %) y 46/51 mujeres (90,2 %) en los grupos inmediato y diferido, respectivamente. A los 6 meses, la tasa de expulsión en el grupo inmediato fue significativamente mayor (24 % frente a 4,4 %, p<0,01), pero las tasas de continuación no fueron significativamente diferentes (84,3 % frente a 76,5 %, p=0,32). Cinco (10%) de las mujeres en el grupo tardío no asistieron al seguimiento para la inserción de LNG-IUS por parto cesárea.</p> <p>Hay tres ECA recientes que involucran la inserción de DIU en el momento del parto por cesárea. En un ECA,⁴² mujeres que deseaban usar un SIU-LNG se asignaron al azar para recibir la</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>inserción inmediata en el momento de la cesárea (n=20) o la inserción tardía de 4 a 8 semanas después del parto (n=22). El uso confirmado del LNG-IUS 12 meses después del parto fue mayor en el grupo de inserción inmediata (60,0 % frente a 40,9 %, p=0,35), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.</p> <p>En otro ECA, entre las 68 mujeres que deseaban utilizar el DIU-Cu, se insertó el DIU-Cu en el 100 % (34/34) de las mujeres del grupo de inserción inmediata y en el 53 % (18/34) del grupo de inserción atrasada (6 semanas después del parto). A los 6 meses, la tasa de continuación fue mayor en el grupo de inserción inmediata (93 % frente a 50 %, p<0,0001). La infección y la expulsión fueron raras y no difirieron entre los grupos. En otro ECA, 112 mujeres recibieron LNG-IUS o Cu-IUD en la cesárea (grupo inmediato) o a las 6 semanas o más después del parto (grupo de intervalo). Los datos sobre el uso de DIU a los 6 meses después del parto estaban disponibles para 48 y 50 mujeres en los grupos inmediato y de intervalo, respectivamente. A los 6 meses, significativamente más mujeres (40/48, 83 %) en el grupo inmediato usaban un DIU en comparación con 32/50 (64 %) mujeres en el grupo de intervalo [riesgo relativo (RR) 1,3, IC del 95 % 1,02– 1.66]. Entre las 56 mujeres asignadas al azar al grupo de intervalo, 22 (39 %) nunca recibieron DIU, 14 (25 %) nunca regresaron para la colocación de DIU, cinco (9 %) rechazaron la colocación de DIU y tres (5 %) tuvieron una colocación de DIU fallida.</p>
Implante de solo progestágeno	IMP se puede iniciar de forma segura en cualquier momento después del parto, incluso inmediatamente después del parto.	<p>Certeza de la evidencia: 1+,2+ Grado de recomendación: C 2+: Aunque la inserción de IMP inmediatamente después del parto está fuera de la licencia actual del producto, los estudios han demostrado que la inserción en este momento es segura y muy aceptable para las mujeres. Seis estudios de cohortes que incluyeron madres jóvenes informaron que el uso continuado de IMP a los 6 meses llegó al 98 %, mientras que a los 12 meses las tasas de continuación llegaron al 86 % en tres estudios y al 84 % en otro. 90 Un estudio de cohortes retrospectivo de 262 mujeres a las que se les insertó IMP inmediatamente después del parto encontraron que la tasa de continuación durante su vida útil de 3 años fue alta (66,3%). La adopción de IMP por madres jóvenes inmediatamente después del parto o poco después se asoció con una reducción en el número de mujeres con IPI corto. Un estudio australiano de madres adolescentes (menores de 18 años) encontró que aquellas que usan IMP después del</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>parto quedaron embarazadas más tarde que quienes usaron otros métodos ($p=0,022$) con un intervalo de tiempo medio hasta el próximo o embarazo de 23,8 meses (95). % IC 22,2-25,5) en comparación con 18,1 meses (95% IC 15,1-20,7) para AOC/DMPA y 17,6 meses (95% IC 14,0-21,3) para barrera o ningún método. En un estudio de EE. UU. de poco menos de 300 madres (menores de 25 años) que eligieron IMP después del parto, la proporción de mujeres embarazadas nuevamente a los 12 meses fue solo del 2,6 % en el grupo IMP en comparación con el 18,6 % de sus contrapartes que usaron otros métodos.</p> <p>1+: Con respecto a los patrones de sangrado, un ECA54 que incluyó a 35 mujeres asignadas a inserción temprana (1 a 3 días después del parto) y 34 mujeres a inserción estándar (4 a 8 semanas después del parto) encontró que los patrones de sangrado autoinformados por las mujeres a los 6 meses no eran diferentes entre los grupos</p> <p>2+:Un estudio de cohorte retrospectivo no encontró diferencias en las tasas de extracción o retiro del IMP debido a sangrado vaginal, entre las mujeres a las que se les insertó: inmediatamente después del parto (dentro de las 96 horas posteriores al parto), diferido (6 a 12 semanas después del parto) o como un método de intervalo (inserción de intervalo en una visita ginecológica ya sea más de 12 semanas después del parto o sin relación con un evento de embarazo). El estudio encontró que el 19,3 % de las mujeres en el grupo de inserción inmediata solicitó la extracción debido a un sangrado irregular en comparación con el 18,4 % en el grupo tardío (OR 1,06, IC 95 % 0,48–2,33) y el 20,8 % en el grupo de intervalo (OR 0,91, 95 %). % IC 0,52-1,60). Un estudio piloto que incluyó a 20 mujeres que amamantaban exclusivamente al azar para recibir IMP 24–48 horas después del parto informó que IMP no se asoció con efectos clínicos maternos nocivos, alteraciones metabólicas maternas significativas o disminución del aumento de peso del bebé. Además, otro estudio95 encontró que la IMP no se asoció con variaciones fisiológicas del sistema hemostático durante las primeras 6 semanas después del parto.</p>
Inyectable de solo progestágeno	POI se puede iniciar en cualquier momento después del parto, incluso inmediatamente después del parto.	<p>Certeza de la evidencia:2+,4 Grado de recomendación: C 4: Hay preocupaciones teóricas de que el uso de DMPA puede estar asociado con un mayor riesgo de TEV en comparación con otros métodos de progestágeno solo. Por lo tanto, la clasificación UKMEC es más alta para DMPA (UKMEC 2) que IMP y POP (UKMEC 1) para uso de mujeres en las primeras 6 semanas después del parto.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>2+: El SPC para Depo-Provera® y Sayana Press® recomienda que las mujeres usen el DMPA con precaución después del parto debido a su potencial para alterar los patrones de sangrado. Sin embargo, dos estudios no aleatorios de baja calidad no informaron una diferencia estadística en los patrones de sangrado en mujeres que usaron DMPA después del parto. Se requiere más evidencia para corroborar una asociación entre el DMPA y el sangrado alterado en el puerperio. Las mujeres deben ser informadas del potencial de sangrado problemático; sin embargo, el uso de DMPA en el período posterior al parto no debe restringirse por este motivo.</p>
Píldoras de solo progestágeno	POP se puede iniciar en cualquier momento después del parto, incluso inmediatamente después del parto.	<p>Certeza de la evidencia: 2+ Grado de recomendación: C La evidencia ha demostrado que los AOP tienen efectos mínimos sobre los factores de coagulación, la presión arterial o los niveles de lípidos y, por lo tanto, representan una opción anticonceptiva adecuada para las mujeres después del parto que no tienen contraindicaciones para su uso.</p>
Anticonceptivos hormonales combinados	Las mujeres que no están amamantando y que no tienen factores de riesgo adicionales de TEV deben esperar hasta 21 días después del parto antes de iniciar un método CHC.	<p>Certeza de la evidencia: 4; 2+ Grado de recomendación: C Riesgo de tromboembolismo después del nacimiento 4:El UKMEC recomienda que las mujeres no usen AHC dentro de las 6 semanas posteriores al parto si existen factores de riesgo adicionales para TEV, que incluyen inmovilidad, transfusión en el parto, índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², hemorragia postparto, o postcesarea, preeclampsia o tabaquismo. Esto se aplica tanto a las mujeres que están amamantando como a las que no están amamantando. El riesgo de TEV se considera el mismo en mujeres después del parto, estén o no amamantando. El mayor riesgo de TEV es más pronunciado durante el embarazo y en las primeras 3 semanas después del parto. Este riesgo disminuye rápidamente durante las primeras 3 semanas a medida que los factores de coagulación regresan a los niveles previos al embarazo y se acercan a los niveles normales a las 6 semanas.</p> <p>2+:Una revisión sistemática realizada para informar la recomendación de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (WHOME) para el uso de AHC entre mujeres después del parto identificó un estudio de cohorte¹⁰⁸ que proporcionó evidencia directa.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		El estudio ¹⁰⁸ incluyó 485 eventos de TEV notificados en 773 017 años-persona y comparó el riesgo de TEV entre usuarias y no usuarias de AOC durante el primer año después del parto. El estudio encontró que las tasas de TEV fueron más altas para las usuarias de AHC en comparación con las no usuarias en todos los puntos de tiempo después del parto, pero esto solo fue estadísticamente significativo 13 semanas después del parto.
Esterilización femenina	Idealmente, la oclusión tubárica debe realizarse después de que haya transcurrido algún tiempo después del parto. Se debe advertir a las mujeres que solicitan la oclusión de las trompas en el momento del parto sobre el posible aumento del riesgo de arrepentimiento.	Certeza de la evidencia: 2+ Grado de recomendación: C Los datos del gran estudio de cohortes prospectivo multicéntrico CREST realizado en los EE. UU. informaron que el riesgo relativo de arrepentimiento después de la cesárea y la esterilización combinadas en comparación con la esterilización a intervalos fue de 5,8 después de 1 año y de 3,3 después de 2 años. Esta diferencia persistió durante al menos 5 años después de la esterilización, cuando la incidencia de arrepentimiento en la cohorte combinada de cesárea y esterilización seguía siendo el doble que en la cohorte de esterilización de intervalo. Por lo tanto, la esterilización no debe realizarse junto con la cesárea, a menos que haya habido asesoramiento y la decisión se tome en un momento distinto de la cesárea o el trabajo de parto.
Esterilización femenina	Los médicos deben asegurarse de obtener y documentar el consentimiento por escrito para esterilizarse en la cesárea al menos 2 semanas antes de una cesárea electiva planificada.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: C Se debe obtener y documentar el consentimiento para realizar la esterilización en la cesárea al menos 2 semanas antes de una cesárea electiva planificada. La decisión de realizar una esterilización en una emergencia o una cesárea planificada que se realiza antes de término requiere una cuidadosa consideración, asesoramiento y documentación.
Métodos de barrera	Se debe recomendar a las mujeres que elijan usar un diafragma que esperen al menos 6 semanas después del parto antes de colocarlo, ya que el tamaño del diafragma requerido puede cambiar a medida que el útero vuelve a su tamaño normal.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Los diafragmas no son adecuados hasta 6 semanas después del parto, cuando la involución uterina está completa y las molestias se han resuelto. Es posible que se requiera un tamaño diferente de diafragma para las mujeres postparto que hayan usado este método anteriormente. Se debe usar otro método anticonceptivo desde el día 21 hasta que la mujer pueda insertar y retirar un diafragma correctamente ajustado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Postaborto

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
General	Se debe informar a las mujeres sobre la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos, incluida la eficacia superior de la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), al momento de elegir un método apropiado para usar después del aborto.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: Puntos de buena práctica Puntos basados en consenso de expertos y tabla de CDC	
LARC	Los médicos deben ser conscientes de que las mujeres que eligen comenzar LARC inmediatamente después del aborto tienen una probabilidad significativamente menor de solicitar otro aborto dentro de los 2 años siguientes, en comparación con las mujeres que reciben métodos anticonceptivos de acción media, de acción corta o que no usan métodos anticonceptivos.	Certeza de la evidencia: 1++ Grado de recomendación: A 1++:En un ECA, 751 mujeres que buscaban abortos inducidos en el primer trimestre se asignaron al azar a dos grupos. El grupo de intervención (n=375) recibió el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) o el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) inmediatamente después del aborto quirúrgico (18,1 %) o de 2 a 4 semanas después del aborto médico (81,9%). A las mujeres del grupo de control se les recetaron anticonceptivos orales y se les aconsejó que se pusieran en contacto con su unidad de atención médica primaria para una visita de seguimiento y más servicios de anticoncepción de acuerdo con las pautas nacionales. Al cabo de 1 año, el número de mujeres que solicitaron un aborto posterior fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de control (5,4 % frente a 24 %, p=0,038). 2++:Los estudios observacionales también han encontrado que el	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad o Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
		<p>riesgo de tener otro aborto fue estadísticamente menor en las mujeres que usaron DIU después del aborto en comparación con aquellas que usaron anticonceptivos orales (AO). En un estudio se informó una razón de probabilidad (OR) de 0,05 (intervalo de confianza (IC) del 95 %: 0,01–0,41) y en otro estudio se informó una OR de 0,36 (IC del 95 %: 0,17–0,77). En un estudio en el que se compararon mujeres que usaban DIU con mujeres que usaban todos los demás métodos, el cociente de riesgos instantáneos (HR) fue de 0,37 (IC del 95 %: 0,26–0,52). En comparación con las mujeres que usan métodos anticonceptivos de acción corta, el HR de aborto subsiguiente para las mujeres que usan el DIU-Cu y el SIU-LNG fue de 0,46 (IC del 95 %: 0,36–0,58) y 0,26 (IC del 95 %: 0,16–0,44) , respectivamente.</p> <p>Los estudios observacionales han informado que las mujeres que eligen usar IMP después del aborto también han demostrado tener una probabilidad reducida de aborto posterior. Un estudio del Reino Unido encontró que, en comparación con las mujeres que usaron AO, el OR de las mujeres que usaron IMP después de un aborto que tuvieron otro aborto dentro de los 2 años fue de 0,06 (IC del 95 %: 0,02–0,23).</p> <p>Un estudio observacional en el Reino Unido informó que, en comparación con las mujeres que usaban anticonceptivos orales, las mujeres que usaban DMPA tenían una reducción no significativa en la probabilidad de tener otro aborto dentro de los 2 años (OR 0.5, 95% CI 0.2–1.2). Esto puede deberse a que el DMPA es un método de acción media y requiere un mayor cumplimiento por parte del usuario para que sea eficaz.</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
General/DIU	Se debe advertir a las mujeres que cualquier método anticonceptivo puede iniciarse de manera segura inmediatamente después de un aborto sin complicaciones.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D De acuerdo con los Criterios de Elegibilidad Médica del Reino Unido de 2016 basados en evidencia (UKMEC), The Care of Women Requesting Induced Abortion (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)) y Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems (OMS)	
Anticoncepción de emergencia	Se debe advertir a las mujeres que cualquier método de AE se puede usar de manera segura después de un aborto sin complicaciones.		Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
Anticoncepción intrauterina-DIU	Las mujeres pueden usar el DIU de manera segura después de un aborto sin complicaciones. Se puede advertir a las mujeres que pueden beneficiarse de la reducción del sangrado uterino cuando usan el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS).	Certeza de la evidencia: 1++; 2++; 1+ Grado de recomendación: A 1++: Existe evidencia de una revisión Cochrane y una revisión sistemática de que la inserción de DIU inmediatamente después de un aborto quirúrgico sin complicaciones es segura y práctica. Un metanálisis de tres ECA informados en una revisión Cochrane de 12 estudios encontró que la expulsión a los 6 meses era más probable en el grupo asignado a la inserción inmediata que en el grupo asignado a la inserción tardía (RR 2,64, IC del 95 % 1,16–6,00) después del aborto quirúrgico. El uso continuado a los 6 meses fue mayor en el grupo de inserción inmediata en comparación con el grupo de inserción tardía (RR 1,40, IC del 95 % 1,24–1,58). El análisis también mostró un aumento de tres veces en el riesgo de embarazo en el grupo tardío en comparación con el grupo de inserción inmediata, aunque esto no fue estadísticamente significativo (RR 2,70, IC 95% 0,8-8,33). El riesgo de infección del tracto genital superior fue similar para los	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados recomendación	Efectividad o Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
		<p>dos grupos (OR 1, IC 95% 0,33-3,07). 2++: De manera similar, una revisión sistemática de 19 estudios informó que la inserción de un DIU inmediatamente después del aborto quirúrgico no está asociada con un mayor riesgo de resultados adversos en comparación con el uso de otros métodos anticonceptivos o sin la inserción de un DIU después del aborto. Tampoco encontró un mayor riesgo de resultados adversos en comparación con la inserción de un DIU en momentos que no sean inmediatamente después del aborto.</p> <p>Las tasas de expulsión de DIU, aunque generalmente bajas, fueron más altas en las inserciones realizadas después de abortos quirúrgicos tardíos del primer trimestre en comparación con las realizadas después de abortos quirúrgicos tempranos del primer trimestre. Las tasas de expulsión también fueron más altas con las inserciones de DIU realizadas después de los abortos quirúrgicos del segundo trimestre en comparación con los abortos quirúrgicos del primer trimestre. Los ECA más recientes no incluidos en ninguna revisión sistemática llegaron a una conclusión similar de que la inserción inmediata de un DIU después del aborto es segura.</p> <p>1+: Un RCT153 que comparó los patrones de sangrado de mujeres a las que se les insertó DIU-Cu o SIU-LNG inmediatamente después del aborto quirúrgico encontró que las usuarias de SIU-LNG experimentaron una mayor incidencia de amenorrea y un mayor número de días de manchado durante el período de seguimiento. A los 6 meses, 35/37 (94,5%) mujeres que usaron DIU-Cu informaron patrones de sangrado normales y las otras dos mujeres tuvieron sangrado abundante. De 34 mujeres que usaron LNG-IUS, 19 (55,9 %) informaron un patrón</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
		de sangrado normal, cuatro (11,7 %) informaron amenorrea, cinco (14,7 %) informaron manchado y cinco (14,7 %) informaron sangrado abundante. El otro ECA150 que comparó mujeres asignadas al azar a la inserción temprana (5 a 9 días después de mifepristona) o tardía (3 a 4 semanas después de mifepristona) de DIU no informó diferencias con respecto a los patrones de sangrado entre los dos grupos. La cantidad de sangrado postabortose redujo en mujeres con inserción de LNG-IUS en comparación con mujeres con Cu-IUD.	
Esterilización femenina	La esterilización femenina es una opción segura para la anticoncepción permanente después del aborto.		Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Pocas condiciones médicas restringirían absolutamente la elegibilidad de un individuo para la esterilización femenina. Se pueden aplicar precauciones específicas en ciertas circunstancias, como se destaca en la Guía clínica de la FSRH sobre esterilización masculina y femenina y los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS (WHOMEK).
Métodos de barrera	Las mujeres pueden usar condones (masculinos y femeninos) después del aborto.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Las mujeres pueden usar condones (masculinos y femeninos) sin restricciones en cualquier momento después del aborto. Sin embargo, dadas sus altas tasas de falla (porcentaje de mujeres que experimentan un embarazo no deseado dentro del primer año	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación de uso) con el uso típico, se consideran uno de los métodos anticonceptivos menos efectivos.	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
Métodos de conocimiento de la fertilidad	Las mujeres pueden usar los métodos de conocimiento de la fertilidad (FAM, por sus siglas en inglés) después del aborto. Sin embargo, se debe advertir a las mujeres que debido a que la FAM se basa en la detección de signos y síntomas de fertilidad y ovulación, su uso puede ser difícil después del aborto.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos; 4. Grado de recomendación: punto de buena práctica La eficacia de FAM se puede mejorar cuando se utiliza una combinación de indicadores y los enseñan profesionales capacitados en FAM. Las altas tasas de falla están asociadas con el uso típico. Consulte la guía FSRH Métodos de conocimiento de la fertilidad para obtener más orientación. No se debe confiar en ningún método basado en el calendario hasta que haya ocurrido un período menstrual.	

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Criterios médicos de elegibilidad Certeza o calidad de la evidencia
General/DIU	Se debe advertir a las mujeres que cualquier método anticonceptivo puede iniciarse de manera segura inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. El DIU no debe insertarse en presencia de sepsis postaborto.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D De acuerdo con los Criterios de Elegibilidad Médica del Reino Unido de 2016 basados en evidencia (UKMEC), The Care of Women Requesting Induced Abortion (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)) y Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems (OMS)
Varios (CHC, anticoncepción hormonal combinada; DIU-Cu, dispositivo intrauterino de cobre; DMPA, acetato de	Tabla 6: Categorías de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (UKMEC) del Reino Unido aplicables a una mujer después de un aborto	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Criterios médicos de elegibilidad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
medroxiprogesterona de depósito (inyectable de progestágeno solo); IMP, implante de progestágeno solo; LNG-IUS, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; POP, píldora de progestágeno solo)		

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
General	La elección de la anticoncepción debe iniciarse en el momento del aborto o poco después, ya que la actividad sexual y la ovulación pueden reanudarse muy pronto después del aborto	<p>Certeza de la evidencia: 2+;1+ Grado de recomendación: D 2+:Se ha demostrado que la ovulación ocurre dentro del mes posterior a los abortos del primer trimestre en más del 90% de las mujeres y se ha informado que ocurre tan pronto como 8 días después del aborto médico temprano (EMA). Además, se ha informado que más del 50% de las mujeres reanudan la actividad sexual dentro de las 2 semanas posteriores al aborto. Si el inicio inmediato del método elegido por una mujer no es apropiado o no se prefiere, se debe ofrecer un método temporal (puente) hasta que pueda iniciar el método anticonceptivo elegido. 1:La evidencia de los ensayos controlados aleatorios (ECA) ha demostrado que el inicio inmediato de la anticoncepción se asocia con tasas más altas de continuación y un menor riesgo de otro embarazo no deseado.</p>
General/DIU/Implantes de progestágeno solo	El método anticonceptivo elegido por la mujer debe iniciarse inmediatamente después del aborto (médico y quirúrgico). Los médicos deben tener en cuenta de que la inserción de anticonceptivos intrauterinos (DIU) en el momento del aborto es conveniente y altamente aceptable para las mujeres. Esto se ha asociado con altas tasas de continuación	<p>Certeza de la evidencia: 3;1+ Grado de recomendación: B 3: Los estudios han informado que hasta el 50% de las mujeres programadas para inserciones de DIU 2 a 3 semanas después del aborto quirúrgico o médico no regresaron a su cita. 1+:Una revisión de Cochrane mostró que las mujeres tenían más probabilidades de ser usuarias continuas de DIU a los 6 meses después del aborto quirúrgico si se les insertaba el dispositivo inmediatamente en lugar de</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	<p>y un menor riesgo de otro embarazo no deseado que cuando se retrasa la provisión de DIU.</p> <p>Los médicos deben tener en cuenta de que la inserción de implantes de progestágeno solo (IMP) en el momento del aborto es conveniente y muy aceptable para las mujeres. Esto se ha asociado con altas tasas de continuación y un menor riesgo de otro embarazo no deseado que cuando se retrasa la provisión de IMP.</p>	<p>programar una cita para la inserción varias semanas después. Además, un ECA de inserción inmediata versus tardía de IMP en el aborto con medicamentos (1 hora después de la administración de mifepristona) o 2 a 4 semanas más tarde mostró una mayor preferencia por la inserción inmediata, tasas más altas de continuación de IMP y menos embarazos no deseados y abortos en los siguientes 6 meses en el grupo aleatorizado a IMP inmediato.</p>
Anticoncepción de emergencia	<p>La anticoncepción de emergencia (AE) está indicada para mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección (UPS) desde 5 días después del aborto.</p>	<p>Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica</p>
Método de barrera/abstinencia	<p>Se debe advertir a las mujeres que se requieren precauciones anticonceptivas adicionales (p. ej., métodos de barrera/abstinencia) si se inicia la anticoncepción hormonal 5 días o más después del aborto. No se requieren precauciones anticonceptivas adicionales si la anticoncepción se inicia inmediatamente o dentro de los 5 días posteriores al aborto.</p>	<p>Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica</p>
Anticoncepción intrauterina-DIU	<p>Con el aborto con medicamentos, el DIU se puede insertar en cualquier momento después de la expulsión del embarazo.</p>	<p>Certeza de la evidencia: 1+ (indirecta) Grado de recomendación: D Hay poca evidencia publicada sobre la eficiencia y seguridad de la inserción de DIU el mismo día del aborto con medicamentos o sobre la inserción de DIU después del aborto realizado en el segundo trimestre. Un ECA refirió que la inserción de DIU dentro de 1 semana de uso de mifepristona es tan segura como la inserción tardía (2 a 3 semanas después) así como la inserción de DIU</p>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		en el período postparto inmediato, el GDG recomienda que se puede insertar de manera segura después del aborto con medicamentos. inmediatamente después de la expulsión.
Anticoncepción intrauterina-DIU	Con aborto quirúrgico, el DIU se puede insertar inmediatamente después de la evacuación de la cavidad uterina.	<p>Certeza de la evidencia: 1+</p> <p>Grado de recomendación: A</p> <p>Para las mujeres que se someten a un aborto médico temprano, pero que no se ha confirmado un aborto exitoso (por ejemplo, la mujer se va para la casa,), es necesario descartar un embarazo en curso antes de la inserción del DIU. Si bien una ecografía descartará de manera confiable un embarazo en curso, la presencia de coágulos/tejidos visibles ultrasónicamente pero clínicamente sin importancia puede conducir a una intervención innecesaria. Los médicos solo deben tomar la decisión de evacuar el útero ante signos y síntomas clínicos de aborto incompleto. El uso de una prueba de embarazo en orina de alta sensibilidad (HSUP, por sus siglas en inglés) (típicamente 10–25 UI de hCG) después de un aborto médico temprano para descartar un embarazo en curso es limitado, debido a los resultados falsos positivos de los bajos niveles circulantes residuales de hCG en las semanas posteriores. aborto medico temprano Por lo tanto, para la exclusión de un embarazo en curso antes de las 2 semanas posteriores al aborto médico temprano, se requiere un examen de ultrasonido.</p>
Solo progestágeno	La anticoncepción de progestágeno solo se puede iniciar de forma segura en cualquier momento, incluso inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico.	<p>Certeza de la evidencia: 2+</p> <p>Grado de recomendación: B</p> <p>El UKMEC recomienda que la anticoncepción de progestágeno solo se puede iniciar de manera segura en cualquier momento después de un aborto quirúrgico o médico. Los estudios observacionales sugieren que las mujeres que tienen la inserción inmediata de IMP después del aborto es altamente aceptable. Las mujeres que tienen inserción inmediata también tienen tasas de continuidad más altas después de 1 año en comparación con las mujeres que tienen colocación tardía de IMP</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Solo progestágeno	Se debe advertir a las mujeres que la IMP puede iniciarse de forma segura en el momento de la administración de mifepristona.	<p>Certeza de la evidencia: 1+ Grado de recomendación: B</p> <p>Un ECA de México y EE. UU., que incluyó a 476 mujeres sometidas a EMA (<=9 semanas) asignadas al azar para recibir el implante al momento de la administración de mifepristona (grupo Quickstart, n=236) o después de que se completó el aborto (grupo Afterstart, n=240), no mostró diferencias en el éxito del aborto con medicamentos. El estudio encontró que el 3,9 % y el 3,8 % de las mujeres en los grupos Quickstart y Afterstart, respectivamente, se sometieron a una cirugía para completar el aborto. La mediana de días de sangrado fue ligera pero significativamente mayor en el grupo Quickstart que en el grupo Afterstart (12 frente a 10, p=0,03). La incidencia de sangrado abundante fue casi idéntica en ambos grupos. El estudio también encontró que el IMP de inicio rápido mejoró la satisfacción del paciente, pero no encontró evidencia de que redujera los embarazos no deseados 6 meses después.</p> <p>Otro ensayo de equivalencia aleatorizado y controlado de Suecia y el Reino Unido incluyó a 538 mujeres sometidas a EMA (<=9 semanas) asignadas al azar a la inserción de IMP 1 hora después de la mifepristona ("grupo inmediato", n=277) o en un seguimiento 2 –3 semanas después ("grupo retrasado", n=261). No hubo diferencias significativas en la eficacia del aborto con medicamentos en el grupo de inserción inmediata y los grupos de inserción tardía (94,2 % frente a 96,0 %). Sin embargo, una proporción significativamente mayor (p<0,001) de mujeres en el grupo inmediato recibió el IMP (98,9% de inserción) en comparación con el grupo tardío (71,6% de inserción). Además, el estudio informó significativamente menos embarazos no deseados a los 6 meses en el grupo inmediato en comparación con el grupo tardío (0,8 % frente a 3,8 %, p = 0,018). Los hallazgos del estudio sugieren que la IMP insertada el mismo día de suministro de la mifepristona es segura, preferida por las mujeres, no afecta la eficacia del aborto con medicamentos y se asocia con una mayor aceptación y menos embarazos no deseados cuando se compara con la inserción varias semanas después.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Solo progestágeno	Se debe advertir a las mujeres que puede haber un riesgo ligeramente mayor de continuar con el embarazo (aborto fallido) si se inicia el DMPA en el momento de la administración de mifepristona.	<p>Certeza de la evidencia: 1+ Grado de recomendación: B</p> <p>Un ECA de México y EE. UU., que incluyó a 461 mujeres que se sometieron a un aborto con medicamentos (hasta 75 días de gestación). Las mujeres fueron aleatorizadas para recibir DMPA [150 mg por vía intramuscular (IM)] ya sea en el momento de la administración de mifepristona (grupo Quickstart, n=220) o después del aborto (grupo Afterstart, n=226). El estudio no mostró diferencias en la necesidad de intervención quirúrgica entre los grupos. Sin embargo, el estudio encontró que las tasas de embarazo en curso eran más altas en el grupo Quickstart (8/220, 3,9 %) en comparación con el grupo Afterstart (2/226, 0,9 %). La diferencia fue del 2,7 % (IC del 95 %: 0,4–5,6). El documento no informó la edad gestacional en el momento del tratamiento de esos fracasos. El estudio fue diseñado para analizar las las necesidades de intervención quirúrgica.. Además, se desconoce si se observarían resultados similares con el uso de la formulación subcutánea SC (Sayana Press) en mifepristona, ya que Sayana Press es una preparación de dosis más baja (104 mg) que la preparación IM (150 mg). No obstante, el GDG recomienda que se informe a las mujeres que la administración de DMPA (IM o SC) al mismo tiempo que la mifepristona puede estar asociada con un pequeño aumento en el riesgo de fracaso de EMA.</p>
Solo progestágeno	Se debe advertir a las mujeres que el sangrado escaso o ausente no se debe atribuir a un método anticonceptivo hormonal que se haya iniciado, sino que puede deberse a un aborto médico fallido. Bajo tales circunstancias, se debe buscar una revisión médica urgente.	<p>Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica</p> <p>Dada la asociación entre los métodos anticonceptivos con progestágeno solo y la amenorrea, existe la preocupación de que las mujeres con un EMA fallido (embarazo en curso) puedan atribuir erróneamente la falta de sangrado después del procedimiento al hecho de que están usando anticonceptivos con progestágeno solo. Se debe instruir claramente a las mujeres que comienzan la anticoncepción con progestágeno solo en el momento de la EMA sobre los signos/síntomas de un embarazo en curso, lo que debe provocar la necesidad de una revisión médica incluso antes de cualquier seguimiento programado o prueba de embarazo en orina. Los síntomas y signos de un embarazo en curso</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		después de un aborto incluyen: sangrado escaso o ausente, síntomas persistentes del embarazo, como náuseas, sensibilidad en los senos, hinchazón abdominal, períodos menstruales faltantes.
Anticonceptivos hormonales combinados	La anticoncepción hormonal combinada (CHC) se puede iniciar de forma segura inmediatamente en cualquier momento después del aborto.	<p>Certeza de la evidencia: 1+</p> <p>Grado de recomendación: B</p> <p>Una revisión sistemática que incluyó tres ECA y cuatro estudios de cohortes informó que el uso de AOC, inmediatamente después de completar un aborto quirúrgico o con medicamentos, es seguro. Dos ECA han demostrado que el uso inmediato de AOC no afecta la tasa de éxito del procedimiento de aborto. Evidencia limitada de ECA y estudios observacionales sugiere que el anillo transvaginal combinado (CVR) y el parche transdérmico combinado también son seguros para comenzar inmediatamente después del aborto. La revisión sistemática también informó que el uso inmediato de AOC después de un aborto médico o quirúrgico en el primer trimestre no aumentó los efectos secundarios ni prolongó el sangrado vaginal en comparación con el uso de un placebo, DIU-Cu, un método anticonceptivo no hormonal o el uso tardío de AOC. El inicio de AOC después de un aborto quirúrgico en el primer trimestre se asocia con un aumento pequeño y estadísticamente significativo en los parámetros de coagulación en comparación con el uso de un dispositivo intrauterino (DIU); sin embargo, es poco probable que esto sea de relevancia clínica.</p>
Esterilización femenina	Se debe advertir a las mujeres que algunos métodos LARC son tan o más efectivos que la esterilización femenina y pueden conferir beneficios no anticonceptivos. Sin embargo, las mujeres no deben sentirse presionadas a elegir LARC en lugar de la esterilización femenina.	<p>Certeza de la evidencia: consenso de expertos</p> <p>Grado de recomendación: punto de buena práctica</p>
Esterilización femenina	Idealmente, la oclusión tubárica debe realizarse después de que haya transcurrido algún tiempo después del aborto. Se debe	<p>Certeza de la evidencia: 2+;1+; 4</p> <p>Grado de recomendación: B</p> <p>2+:La evidencia disponible sobre los riesgos de complicaciones y fallas</p>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	<p>informar a las mujeres que solicitan la oclusión de las trompas en el momento del aborto sobre el posible aumento de la tasa de fracaso y el riesgo de arrepentimiento.</p>	<p>asociadas con el aborto en el momento de la esterilización es contradictoria. La directriz FSRH/RCOG señala que, aunque la adición de la esterilización a un procedimiento para el aborto no parece aumentar la tasa de complicaciones ya asociadas con el aborto, se ha argumentado que la tasa de complicaciones asociadas con un procedimiento combinado es más alta que la asociada con la esterilización a intervalos. . Los estudios que compararon el aborto combinado con la esterilización laparoscópica versus la esterilización laparoscópica sola no encontraron diferencias significativas en la tasa de complicaciones entre los dos procedimientos. Dado que el aborto quirúrgico y la ligadura de trompas laparoscópica concurrentes generalmente se realizan bajo anestesia general, se sugirió que el riesgo relacionado con la anestesia se puede minimizar realizando los dos procedimientos juntos. Un estudio anterior de revisión de notas de casos que comparó las tasas de fracaso de la esterilización laparoscópica con métodos no laparoscópicos encontró que la tasa de embarazo era el doble si la esterilización se combinaba con el aborto. Sin embargo, un gran estudio de casos y controles no logró encontrar ninguna asociación entre el momento del procedimiento y la tasa de fracaso. El tiempo de seguimiento fue corto y hubo menos controles adecuados para los casos postaborto.</p> <p>Algunos estudios no informaron diferencias en las tasas de arrepentimiento entre las mujeres que se sometieron a esterilización laparoscópica al mismo tiempo que a un aborto (predominantemente en el primer trimestre) y aquellas que se sometieron a esterilización a intervalos. Por el contrario, otros estudios han informado una mayor tasa de arrepentimiento cuando la esterilización se realizó al mismo tiempo que el aborto.</p> <p>1+: Un ECA en el que las mujeres fueron aleatorizadas para someterse a un aborto combinado con esterilización laparoscópica o un aborto con esterilización de intervalo (posterior) al menos 6 semanas después, informó que el 32,8% de las mujeres no regresaron para su esterilización de intervalo.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		4: No hay estudios que evalúen el aborto concurrente con la oclusión tubárica histeroscópica. Las instrucciones de uso del fabricante del microinserto Essure®194 enumeran tanto el parto como el aborto de un embarazo en el segundo trimestre dentro de las 6 semanas anteriores como contraindicaciones para la inserción.
Métodos de barrera	Se debe recomendar a las mujeres que elijan usar un diafragma que esperen al menos 6 semanas después del aborto en el segundo trimestre porque el tamaño del diafragma requerido puede cambiar a medida que el útero vuelve a su tamaño normal.	<p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D</p> <p>Los diafragmas se consideran inadecuados hasta 6 semanas después del aborto en el segundo trimestre, ya que el tamaño requerido del diafragma puede cambiar a medida que el útero vuelve a su tamaño normal. Es posible que se requiera un diafragma de diferente tamaño para las mujeres que han usado este método anteriormente. Se debe usar otro método anticonceptivo hasta que la mujer sea capaz de insertar y retirar un diafragma ajustado correctamente.</p>

Postembarazo ectópico/aborto espontáneo

Efectividad y seguridad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación
General	Se debe informar a las mujeres sobre la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos, incluida la eficacia superior de la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), al elegir un método apropiado para usar después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo.	<p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: Puntos de buena práctica</p> <p>Puntos basados en consenso de expertos y tabla de CDC</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad y seguridad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación
General	Los médicos deben consultar las recomendaciones específicas del método para el aborto, que pueden extrapolarse para su uso después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica La categoría de "aborto" de WHOMECEC, USMECEC y UKMECEC cubre tanto el aborto espontáneo como el terapéutico. El GDG recomienda que dada la evidencia directa limitada sobre el uso de anticonceptivos después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo, las consideraciones específicas del método para este grupo de mujeres pueden extrapolarse de la evidencia relacionada con el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres después de un aborto.
General	Se debe advertir a las mujeres que cualquier método anticonceptivo puede iniciarse de forma segura inmediatamente después de la administración de metotrexato o del tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D De acuerdo con los Criterios de elegibilidad médica del Reino Unido (UKMECEC) de 2016, todos los métodos anticonceptivos son seguros para las mujeres que han tenido un aborto sin complicaciones. La categoría de "aborto" de WHOMECEC, USMECEC y UKMECEC cubre tanto el aborto espontáneo como el terapéutico. El GDG recomienda que dada la evidencia directa limitada sobre el uso de anticonceptivos después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo, las consideraciones específicas del método para este grupo de mujeres pueden extrapolarse de la evidencia relacionada con el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres después de un aborto.
General	Se debe advertir a las mujeres que cualquier método anticonceptivo puede iniciarse de forma segura inmediatamente después del tratamiento del aborto espontáneo.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D La categoría de "aborto" de WHOMECEC, USMECEC y UKMECEC cubre tanto el aborto espontáneo como el terapéutico. El GDG recomienda que dada la evidencia directa limitada sobre el uso de anticonceptivos después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo, las consideraciones específicas del método para este grupo de mujeres pueden extrapolarse de la evidencia relacionada con el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres después de un aborto.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad y seguridad
Anticoncepción de emergencia	Se debe advertir a las mujeres que cualquier método de AE se puede usar de manera segura después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo.	<p>Certeza de la evidencia: 2++; 1++ Grado de recomendación: B</p> <p>2++: El estudio European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices (EURAS-IUD), que incluyó a 61 448 mujeres de seis países de Europa, informó una tasa de embarazo ectópico de 0,08 por 100 años-mujer (IC del 95 %: 0,04–0,13) entre mujeres que usaban un DIU-Cu como método anticonceptivo habitual</p> <p>1++Una revisión Cochrane de 100 ensayos y una revisión sistemática de 136 estudios informaron que el uso de AE por vía oral no se ha asociado con un mayor riesgo de embarazo ectópico después de una falla anticonceptiva; Los datos de vigilancia posteriores a la comercialización publicados recientemente informaron cuatro embarazos ectópicos de un estimado de 1,4 millones de usuarias.</p>
General/LARC	Se debe advertir a las mujeres que el riesgo absoluto de embarazo ectópico cuando se usan métodos anticonceptivos es extremadamente pequeño y que el riesgo de embarazo es más bajo con LARC.	<p>Certeza de la evidencia: 2+, 4 Grado de recomendación: C</p> <p>2+ Las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico corren un mayor riesgo de tener otro embarazo ectópico. Sin embargo, se ha encontrado que la prevención secundaria es difícil debido a la escasez de factores de riesgo que pueden modificarse para disminuir las probabilidades de recurrencia. Sin embargo, es importante que las mujeres estén informadas del pequeño riesgo absoluto de otro embarazo ectópico si se produce un embarazo cuando se utilizan métodos anticonceptivos.</p> <p>4: Al elegir un método anticonceptivo, se debe recomendar a las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico que consideren el uso de un método LARC, ya que son los más efectivos para prevenir todos los embarazos, incluyendo los ectópicos</p>
DIU	Se debe advertir a las mujeres que han tenido un embarazo ectópico que el DIU es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos y, por lo tanto, el riesgo absoluto de cualquier	<p>Certeza de la evidencia: 2+ Grado de recomendación: C</p> <p>El riesgo absoluto de cualquier embarazo, incluido el embarazo ectópico, cuando se usa DIU es muy bajo. El estudio EURAS-IUD, que incluyó a 61 448 mujeres con DIU recién insertado (52 mg LNG-IUS o Cu-IUD) inscritas en seis países europeos</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad y seguridad
	embarazo, incluido el embarazo ectópico, es extremadamente bajo.	<p>Certeza o calidad de la evidencia: 2+</p> <p>Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación</p> <p>entre 2006 y 2012, informó información de seguimiento validada de 1 año para 58 324 usuarias. Ambos tipos de DIU fueron muy eficaces, con índices de Pearl (PI) generales de solo 0,06 embarazos por 100 años-mujer (95 % IC 0,04–0,09) y 0,52 (95 % IC 0,42–0,64) para el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS) y Cu-IUD, respectivamente. El estudio informó una tasa de embarazo ectópico para el SIU-LNG de 0,02 por 100 años-mujer (IC del 95 %: 0,01–0,003) y para el DIU-Cu una tasa de 0,08 por 100 años-mujer (IC del 95 %: 0,04–0,13) . Los datos de los estudios de cohortes informaron tasas de embarazo ectópico de 0 a 0,5 por 1000 años-mujer entre las mujeres que usaban un DIU, en comparación con una tasa de 3,25 a 5,25 por 1000 años-mujer entre las mujeres que no usaban ningún método anticonceptivo. Un ensayo controlado aleatorizado (RCT, por sus siglas en inglés) informó un PI para el LNG-IUS de 13,5 mg de 0,33 (IC del 95 %: 0,16–0,60) y una tasa de embarazo acumulada de 0,9 por 100 mujeres durante un período de 3 años.</p>
DIU	Se debe informar a las mujeres que si se produce un embarazo con un DIU in situ, existe un mayor riesgo de embarazo ectópico y, por lo tanto, se debe confirmar la localización del embarazo mediante ecografía lo antes posible.	<p>Certeza de la evidencia: 2+</p> <p>Grado de recomendación: C</p> <p>Un estudio prospectivo temprano del Reino Unido informó que de 90 embarazos en mujeres que usaban DIU, el 8,9% fueron ectópicos. En un estudio transversal de usuarias de SIU-LNG (17 360 usuarias, con un total de 58 600 años-mujer), se notificaron 64 embarazos con un SIU-LNG de 52 mg in situ. Por lo tanto, el riesgo de embarazo era bajo (tasa de embarazo acumulada de 5 años de 0,5 por cada 100 usuarias). Sin embargo, de los 64 embarazos, aproximadamente la mitad (53%) fueron ectópicos. En el estudio EURAS-IUD, las usuarias de SIU-LNG de 52 mg parecieron experimentar menos embarazos ectópicos que las usuarias de DIU-Cu, pero cuando se produjo un embarazo, 5/13 (38,6 %) fueron ectópicos en comparación con 10/56 (17,9 %) en Usuarias de DIU-Cu.</p>
Esterilización femenina	Se debe informar a las mujeres que si el embarazo se produce después de la oclusión tubárica, existe un mayor riesgo de embarazo ectópico y, por lo tanto, se debe confirmar la	<p>Certeza de la evidencia: 2+</p> <p>Grado de recomendación: C</p> <p>El estudio US Collaborative Review of Sterilization (CREST), que siguió a 10 685 mujeres esterilizadas durante hasta 14 años después de la ligadura de trompas,</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad y seguridad
	localización del embarazo mediante ecografía lo antes posible.	<p>Certeza o calidad de la evidencia</p> <p>Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación</p> <p>estimó la probabilidad acumulada de embarazo ectópico a 10 años en 7,3 por 1000 procedimientos (IC del 95 %: 5,0–9,6) . El estudio también informó una probabilidad acumulada de 10 años de embarazo ectópico de 17,1 por 1000 procedimientos (IC 95 % 9,8–24,4) y 7,3 por 1000 procedimientos (IC 95 % 1,6–12,9) para diatermia bipolar y clip con resorte, respectivamente. Un estudio de cohorte más reciente con una población de 44 829 mujeres estimó la probabilidad acumulada a 10 años en 2,4 por 1000 procedimientos (IC del 95 %: 1,9–3,0).</p>

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Criterios médicos de elegibilidad
DIU	El DIU no debe insertarse en presencia de sepsis después de un embarazo ectópico o aborto espontáneo.	<p>Certeza de la evidencia: 4</p> <p>Grado de recomendación: C</p> <p>De acuerdo con los Criterios de elegibilidad médica del Reino Unido (UKMEC) de 2016, todos los métodos anticonceptivos son seguros para las mujeres que han tenido un aborto sin complicaciones. El DIU no debe insertarse en presencia de sepsis después de un embarazo ectópico o aborto espontáneo. El UKMEC también incluye una categoría para "embarazo ectópico anterior" que se aplica a mujeres con antecedentes de embarazo ectópico y no aborda específicamente la elegibilidad anticonceptiva inmediatamente después del embarazo ectópico.</p>
Varios (CHC, anticoncepción hormonal combinada; DIU-Cu, dispositivo intrauterino de cobre; DMPA, acetato de medroxiprogesterona de depósito (inyectable de progestágeno solo); IMP, implante de progestágeno solo; LNG-IUS, sistema intrauterino liberador de	Tabla 8 : Resumen de las categorías de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (UKMEC) del Reino Unido aplicables a una mujer después de un aborto (extrapolado inmediatamente después de un embarazo ectópico y un aborto espontáneo)	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Criterios médicos de elegibilidad	
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación
levonorgestrel; POP, píldora de progestágeno solo)	
Anticoncepción hormonal combinada	<p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D</p> <p>Según UKMEC, CHC está contraindicado (es decir, UKMEC 4) en mujeres con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, factor V Leiden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C y deficiencias de antitrombina). Por lo tanto, debe evitarse el uso de CHC hasta que se pueda descartar el síndrome antifosfolípido (APS). Las mujeres con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas pueden usar con seguridad anticonceptivos de progestágeno solo (UKMEC 2) y DIU (UKMEC 1)</p>
Varios (CHC, anticoncepción hormonal combinada; DIU-Cu, dispositivo intrauterino de cobre; DMPA, acetato de medroxiprogesterona de depósito (inyectable de progestágeno solo); IMP, implante de progestágeno solo; LNG-IUS, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; POP, píldora de progestágeno solo)	<p>tabla 10: Resumen de las categorías de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (UKMEC) del Reino Unido aplicables a una mujer con anticuerpos antifosfolípidos positivos o mutaciones trombogénicas conocidas</p>

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
General	Si una mujer desea retrasar o evitar un nuevo embarazo, se debe iniciar un método anticonceptivo eficaz lo antes posible, ya que la actividad sexual y la ovulación pueden reanudarse	<p>Certeza de la evidencia: 2+consenso de expertos Grado de recomendación: D</p> <p>En ausencia de evidencia directa, el GDG sugiere que la reanudación de</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	muy pronto después de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo. Idealmente, el método anticonceptivo elegido por la mujer debe iniciarse inmediatamente después del tratamiento por embarazo ectópico o aborto espontáneo.	la ovulación después de un aborto espontáneo (primer o segundo trimestre) probablemente sea similar a la que ocurre después de un aborto inducido, que se ha informado que ocurre tan pronto como 8 días después de un aborto médico. 2+:La fertilidad puede regresar dentro de 1 mes después del tratamiento quirúrgico o médico para el embarazo ectópico. Un estudio de cohorte basado en la población informó que entre 140 mujeres que tuvieron un embarazo ectópico e intentaron quedar embarazadas, el 15 % logró un embarazo en 1 mes y el 53 % en 6 meses.
General	Se puede aconsejar a las mujeres que deseen concebir después de un aborto espontáneo que no es necesario retrasarlo, ya que los resultados del embarazo después de un aborto espontáneo son más favorables cuando la concepción ocurre dentro de los 6 meses posteriores al aborto espontáneo en comparación con después de 6 meses.	Certeza de la evidencia: 2- Grado de recomendación: D Una revisión que incluyó tres estudios de aborto espontáneo informó que las mujeres que concibieron dentro de los 6 meses posteriores al aborto espontáneo tuvieron mejores resultados (incluidas menos probabilidades de parto prematuro, bajo peso al nacer, aborto espontáneo posterior, aborto o embarazo ectópico) en comparación con las mujeres que tuvieron un intervalo entre el aborto y el embarazo de 6 meses o más.
General	Se debe advertir a las mujeres que han sido tratadas con metotrexato que es recomendable usar una anticoncepción eficaz durante al menos 3 meses después del tratamiento, en vista de los efectos teratogénicos de este medicamento.	Certeza de la evidencia: 4 y 2- Grado de recomendación: D 4:El Resumen de las Características del Producto (RCP) del metotrexato recomienda que “se deben tomar las medidas apropiadas (tanto en hombres como en mujeres) para evitar la concepción durante y durante al menos 6 meses después de la interrupción del tratamiento con metotrexato”. Sin embargo, el RCOG recomienda que “se debe aconsejar a las mujeres que eviten las relaciones sexuales durante el tratamiento” y que “utilicen métodos anticonceptivos fiables durante los 3 meses posteriores a la administración de metotrexato debido al riesgo teratogénico”. 2-:Un estudio observacional retrospectivo evaluó los resultados del

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		embarazo de 125 mujeres tratadas con metotrexato por embarazo ectópico que posteriormente concibieron. Cuarenta y cinco embarazos ocurrieron dentro de los 6 meses siguientes al último tratamiento con metotrexato. Los resultados de esos embarazos se compararon con los 80 embarazos que ocurrieron después de 6 meses (media 14,7, desviación estándar 23,6) posterior al último tratamiento con metotrexato. Las malformaciones fetales y los resultados adversos, incluida la tasa de abortos espontáneos, para ambos grupos fueron similares [odds ratio (OR) 1,00, intervalo de confianza (IC) del 95 %: 0,98–1,02]. A la luz de la evidencia limitada para confirmar el momento exacto y seguro de la concepción después del tratamiento con metotrexato, las mujeres que planean concebir deben esperar al menos 3 meses después de suspender el tratamiento con metotrexato. Sin embargo, la concepción dentro de los 3 meses posteriores al tratamiento con metotrexato para manejar el embarazo ectópico, no debe considerarse una indicación definitiva para el aborto, pero indicaría la necesidad de una evaluación específica de las malformaciones fetales.
General	Se debe advertir a las mujeres que se puede iniciar un método anticonceptivo eficaz el día de la administración de metotrexato o el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
DIU	El DIU se puede insertar después de un aborto espontáneo tan pronto como se haya producido la expulsión en la cirugía o después de un tratamiento médico o expectante.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: C De acuerdo con los Criterios de elegibilidad médica del Reino Unido (UKMEC) de 2016, todos los métodos anticonceptivos son seguros para las mujeres que han tenido un aborto sin complicaciones. El DIU no debe insertarse en presencia de sepsis después de un embarazo ectópico o aborto espontáneo. El UKMEC también incluye una categoría para "embarazo ectópico anterior" que se aplica a mujeres con antecedentes

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		de embarazo ectópico y no aborda específicamente la elegibilidad anticonceptiva inmediatamente después del embarazo ectópico.
Anticoncepción de emergencia	La anticoncepción de emergencia (AE) está indicada si se mantienen relaciones sexuales sin protección (UPSI) luego de 5 días de la administración de metotrexato o del tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
Método de barrera/abstinencia	Se debe advertir a las mujeres que se requieren precauciones anticonceptivas adicionales (p. ej., métodos de barrera/abstinencia) si se inicia la anticoncepción hormonal luego de 5 días del aborto espontáneo. No se requieren precauciones anticonceptivas adicionales si la anticoncepción se inicia inmediatamente o dentro de los 5 días posteriores al aborto espontáneo.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
Método de barrera/abstinencia	Se debe advertir a las mujeres que se requieren precauciones anticonceptivas adicionales (por ejemplo, métodos de barrera/abstinencia) si se inicia la anticoncepción hormonal luego de 5 días de realizarse el I tratamiento quirúrgico o la administración de metotrexato para un embarazo ectópico. No se requieren precauciones anticonceptivas adicionales si la anticoncepción se inicia inmediatamente o dentro de los 5 días posteriores al tratamiento del embarazo ectópico.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
General	Las mujeres que han tenido un aborto espontáneo temprano recurrente (REM) deben ser estudiadas para determinar la causa subyacente. Sin embargo, las investigaciones no deben dar lugar a un retraso en el inicio de un método anticonceptivo si la mujer no desea quedar embarazada.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Si una mujer ha experimentado un aborto espontáneo recurrente (la pérdida de tres o más embarazos consecutivos), se recomienda investigar las causas subyacentes, sobre todo por la afectación psicológica que experimentan estas mujeres y la posibilidad de complicaciones maternas o neonatales. La elegibilidad anticonceptiva puede verse influida por el resultado de las investigaciones, ya que el aborto espontáneo recurrente se ha atribuido

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		a una serie de factores de riesgo subyacentes, incluidas las mutaciones trombogénicas conocidas y el APS.
General	Se debe aconsejar a las mujeres que busquen atención médica si sospechan que pueden estar embarazadas y tienen síntomas que sugieran un embarazo ectópico, incluso mientras usan métodos anticonceptivos.	<p>Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D</p> <p>Se debe recomendar a las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico que busquen atención médica si tienen síntomas que sugieran otro embarazo ectópico mientras usan cualquier método anticonceptivo. Incluso si un síntoma es menos común, aún puede ser significativo, según la guía clínica NICE Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management.</p>

Postenfermedad trofoblástica gestacional

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
General/LARC	Se debe informar a las mujeres sobre la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos, incluida la eficacia superior de la anticoncepción reversible de acción prolongada	<p>Certeza de la evidencia: consenso de expertos</p> <p>Grado de recomendación: punto de buena práctica</p>	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
	(LARC), al elegir un método apropiado para usar después de ETG.		
General/DIU	Se debe advertir a las mujeres que la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden usar de manera segura después del tratamiento para ETG y se pueden comenzar inmediatamente después de la evacuación uterina, con la excepción de la anticoncepción intrauterina (IUC).	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D El UKMEC informa que las mujeres que tienen/tuvieron ETG pueden usar de manera segura la anticoncepción de solo progestágeno, incluido el implante de solo progestágeno (IMP), el inyectable de solo progestágeno (POI) y la píldora de solo progestágeno (POP). La anticoncepción hormonal combinada (CHC) [anticonceptivo oral combinado (COC), parche transdérmico combinado (parche) y anillo vaginal combinado (CVR)] y los diafragmas también se pueden usar de manera segura. Estos métodos se pueden iniciar el mismo día que la evacuación uterina para ETG.	
Anticoncepción de emergencia (oral y DIU de cobre)	Se debe advertir a las mujeres que el uso de AE orales es seguro después del tratamiento para ETG. La inserción de un dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) para AE se puede considerar en un entorno especializado para mujeres con niveles de hCG		Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Basado en UKMEC 3

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
	decrecientes luego de consultar con un centro ETG.		
Anticoncepción intrauterina (DIU)	Normalmente, no se debe insertar DIU hasta que los niveles de hCG se hayan normalizado después de ETG. La inserción de DIU-Cu como AE se puede considerar en un entorno especializado para mujeres con niveles de hCG decrecientes luego de consultar con un centro ETG.		Certeza de la evidencia: 4; 2-Grado de recomendación: D Las pautas actuales basadas en la opinión de expertos del Reino Unido recomiendan que no se inserte un DIU después de ETG hasta que los niveles de hCG sean normales debido a un aumento teórico del riesgo de perforación uterina y diseminación del tumor por la inserción del DIU. No hay datos informados sobre el riesgo de perforación uterina con la inserción de DIU en el momento de la evacuación en mujeres con ETG. Los estudios que existen incluyen un pequeño número de usuarias de DIU-Cu, que iniciaron su uso en el momento de la evacuación uterina y otras después de la normalización de los niveles de hCG o en momentos desconocidos, pero no se mencionan las complicaciones. La evidencia muy limitada no demuestra una diferencia significativa en el tiempo hasta la regresión de hCG o el desarrollo de ETG posmolar entre usuarias de DIU-Cu, usuarias de otros tipos de anticonceptivos y usuarias de ningún método anticonceptivo.
Anticoncepción intrauterina (DIU)	La inserción del DIU en la evacuación quirúrgica en la que se sospeche ETG, pero no se confirme, debe hacerse en cada caso individual en función del		Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica Las preocupaciones teóricas se basan en que la colocación de un DIU en la evacuación quirúrgica puede

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
	riesgo individual de ETG de la mujer, los hallazgos clínicos y su preferencia por la inserción del DIU en ese momento.		estar asociada con un mayor riesgo de perforación uterina y/o sangrado excesivo si, de hecho, hay ETG presente.
Anticoncepción hormonal	La anticoncepción hormonal se puede iniciar inmediatamente después de la evacuación uterina para ETG.		<p>Certeza de la evidencia: 2+; 1- Grado de recomendación: B 2+: un estudio de cohorte retrospectivo informó que los niveles de hCG se normalizaron más lentamente y que hubo un riesgo significativamente mayor de requerir quimioterapia para el tratamiento de la enfermedad trofoblástica posmolar si se comenzaba con AOC mientras los niveles de hCG permanecían elevados después de la evacuación de la mola hidatiforme. Se recomendó evitar la anticoncepción hormonal hasta que los niveles de hCG se normalizaran.</p> <p>1-: Dos revisiones sistemáticas concluyeron que no había evidencia clara de un efecto de los anticonceptivos orales (AO) utilizados durante el seguimiento de la ETG en el desarrollo de la enfermedad trofoblástica posmolar (la mayoría de los estudios incluidos consideraron los AOC). El único ensayo controlado aleatorizado (RCT) que abordó este problema comenzó con 108 mujeres con AOC y 108 con anticonceptivos de barrera dentro de las 3 semanas posteriores a la evacuación de la mola hidatiforme completa. No se observaron diferencias significativas en el tiempo hasta la regresión de la hCG o el riesgo de enfermedad trofoblástica posmolar entre</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			<p>los dos grupos. Los factores pronósticos para la enfermedad trofoblástica posmolar no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos; sin embargo, este estudio tuvo pérdidas significativas durante el seguimiento</p> <p>2-: Siete estudios observacionales consideraron que el efecto de la anticoncepción hormonal comenzó mientras la hCG permanecía elevada en el tiempo hasta la regresión de la hCG y el riesgo de enfermedad trofoblástica posmolar. Los controles usaron anticonceptivos no hormonales o no usaron anticonceptivos. Cinco de los estudios consideraron específicamente los AOC, uno como "anticoncepción oral" y uno como "anticoncepción hormonal". Ninguno de estos estudios demostró una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo hasta la regresión de hCG o un aumento en el riesgo de ETG posmolar. Un estudio de cohorte de 299 mujeres después de la evacuación molar informó una reducción significativa del riesgo de GTN con el uso de AOC iniciado dentro de las 2 semanas posteriores a la evacuación.</p> <p>Existen limitaciones metodológicas significativas en todos estos estudios: las muestras no fueron aleatorias, los números fueron pequeños, diferentes factores de confusión fueron considerados por diferentes autores y los criterios para el diagnóstico de GTN no fueron</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia
			consistentes. Tres estudios incluyeron un pequeño número de mujeres que usaban acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) y uno incluyó a 43 usuarias del POP. Los números fueron demasiado pequeños para detectar diferencias en los resultados de ETG entre los métodos. La evidencia limitada no encontró ningún efecto del uso de DMPA en el curso de ETG. 1-:Un ECA que comparó los AOC iniciados una vez que los niveles de hCG se normalizaron después de la evacuación molar con el uso del DIU-Cu no encontró diferencias significativas en el riesgo de desarrollar GTN.
Esterilización femenina	La esterilización femenina es una opción segura para la anticoncepción permanente después de ETG.		Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Con base en FSRH clinical guideline on Male and Female Sterilisation y WHOMEc.
Esterilización femenina	Idealmente, la oclusión tubárica debe realizarse después de que haya transcurrido un tiempo después de la evacuación quirúrgica para ETG. Se debe informar a las mujeres que solicitan la oclusión tubárica en el momento del tratamiento quirúrgico sobre el posible aumento de la tasa de fracaso y el riesgo de arrepentimiento.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D No hay evidencia sobre la esterilización en el momento de la evacuación quirúrgica para ETG. Extrapolando la evidencia de la esterilización en el momento de la cesárea, el GDG recomienda que la oclusión tubárica en el momento del tratamiento de la ETG puede no ser adecuada dada la posibilidad de arrepentimiento asociado	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		con la concomitancia de ambos procedimientos. WHOMECE recomienda que las mujeres con niveles de hCG persistentemente elevados o enfermedades malignas deben retrasar la esterilización.	
Método de barrera	Las mujeres pueden usar condones (masculinos y femeninos) después del tratamiento para ETG.		Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Basado en WHOMECE
Métodos de conocimiento de la fertilidad	Las mujeres pueden usar métodos de conocimiento de la fertilidad (FAM) después del tratamiento para ETG. Sin embargo, se debe advertir a las mujeres que debido a que FAM se basa en la detección de signos y síntomas de fertilidad y ovulación, su uso puede ser difícil después del tratamiento para ETG.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica	

	Criterios médicos de elegibilidad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	
DIU	El DIU no debe insertarse en mujeres con niveles de hCG persistentemente elevados o enfermedad maligna.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Basado en UKMEC	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Criterios médicos de elegibilidad	
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación
DIU	Normalmente, el DIU no debe insertarse hasta que los niveles de hCG se hayan normalizado, pero se puede considerar con el asesoramiento de un especialista con la inserción en un entorno especializado para mujeres con niveles de hCG decrecientes luego de consultar con un centro ETG.
Varios (CHC, anticoncepción hormonal combinada; DIU-Cu, dispositivo intrauterino de cobre; DMPA, acetato de medroxiprogesterona de depósito (inyectable de progestágeno solo); hCG, gonadotropina coriónica humana; IMP, implante de progestágeno solo; LNG-IUS, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; POP, píldora de progestágeno solo)	Tabla 11: Resumen de las categorías de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (UKMEC) del Reino Unido para mujeres que tienen/han tenido enfermedad trofoblástica gestacional
Anticoncepción de emergencia	La anticoncepción de emergencia (AE) está indicada si se mantienen relaciones sexuales sin protección (UPSI) a partir de los 5 días posteriores al tratamiento de la ETG.
Anticoncepción intrauterina (DIU)	Normalmente, no se debe insertar DIU hasta que los niveles de hCG se hayan normalizado después de ETG. La inserción de DIU-Cu como AE se puede considerar en un entorno especializado para mujeres con niveles de hCG decrecientes luego de consultar con un centro ETG.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Criterios médicos de elegibilidad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		diseminación del tumor por la inserción del DIU. No hay datos informados sobre el riesgo de perforación uterina con la inserción de DIU en el momento de la evacuación en mujeres con ETG. Los estudios que existen incluyen un pequeño número de usuarias de DIU-Cu, algunas insertadas en el momento de la evacuación uterina y otras después de la normalización de los niveles de hCG o en momentos desconocidos, pero no se mencionan las complicaciones. La evidencia muy limitada no demuestra una diferencia significativa en el tiempo hasta la regresión de hCG o el desarrollo de ETG posmolar entre usuarias de DIU-Cu, usuarias de otros tipos de anticonceptivos y usuarias de ningún método anticonceptivo.
Anticoncepción intrauterina (DIU)	La inserción del DIU en la evacuación quirúrgica en la que se sospeche ETG, pero no se confirme, debe hacerse en cada caso individual en función del riesgo individual de ETG de la mujer, los hallazgos clínicos y su preferencia por la inserción del DIU en ese momento.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica Las preocupaciones teóricas son que la colocación de un DIU en la evacuación quirúrgica puede estar asociada con un mayor riesgo de perforación uterina y/o sangrado excesivo si, de hecho, hay ETG presente.
Método de barrera	Las mujeres pueden usar condones (masculinos y femeninos) después del tratamiento para ETG.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Basado en WHOME C

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
General	Se debe aconsejar a las mujeres que eviten embarazos posteriores hasta que se complete	Certeza de la evidencia: 3 Grado de recomendación: D

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	el seguimiento de ETG. La anticoncepción eficaz debe iniciarse lo antes posible, ya que la actividad sexual y la fertilidad pueden reanudarse muy pronto después de ETG.	Una serie de casos de 52 mujeres con mola hidatiforme completa y 15 mujeres con mola hidatiforme parcial informó que 6 semanas después de la evacuación quirúrgica, el 18 % de las mujeres había tenido su primer ciclo ovulatorio y el 40 % de las mujeres ovulaba cuando la hCG sérica aún estaba por encima de 10 UI. /l. También ha habido un informe de caso de un embarazo antes de que la hCG volviera a los niveles iniciales.
General	Después de un embarazo molar completo, se debe recomendar a las mujeres que eviten embarazos posteriores durante al menos 6 meses para permitir el control de la gonadotropina coriónica humana (hCG) para detectar ETG en curso.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Después del embarazo molar, los niveles de hCG se monitorean para que la ETG persistente pueda identificarse y tratarse. Se recomienda que las mujeres eviten quedar embarazadas durante el período de control de hCG porque no es posible distinguir entre un nivel de hCG que aumenta debido a un nuevo embarazo y el asociado con ETG persistente. La primera medición de hCG se realiza 4 semanas después de la evacuación uterina. El período de control de hCG después de la evacuación de la mola hidatiforme completa es de 6 meses desde el primer nivel normal de hCG (o 6 meses desde la evacuación del útero si el nivel de hCG se normaliza a las 8 semanas después de la evacuación). Debido a que el riesgo de ETG persistente después de un embarazo molar parcial es mucho menor, el seguimiento continúa solo hasta que los niveles de hCG mensuales consecutivos sean normales; por lo tanto, el período de seguimiento puede ser tan corto como 8 semanas.
General	Después de un embarazo molar parcial, se debe recomendar a las mujeres que eviten el embarazo hasta que los niveles de hCG mensuales consecutivos sean normales.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Después del embarazo molar, los niveles de hCG se monitorean para que la ETG persistente pueda identificarse y tratarse. Se recomienda que las mujeres eviten quedar embarazadas durante el período de control de hCG porque no es posible distinguir entre un nivel de hCG que aumenta debido a un nuevo embarazo y el asociado con ETG persistente. La primera medición de hCG se realiza 4 semanas

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		después de la evacuación uterina. El período de control de hCG después de la evacuación de la mola hidatiforme completa es de 6 meses desde el primer nivel normal de hCG (o 6 meses desde la evacuación del útero si el nivel de hCG se normaliza a las 8 semanas después de la evacuación). Debido a que el riesgo de ETG persistente después de un embarazo molar parcial es mucho menor, el seguimiento continúa solo hasta que los niveles de hCG mensuales consecutivos sean normales; por lo tanto, el período de seguimiento puede ser tan corto como 8 semanas.
General	Se debe recomendar a las mujeres que han recibido quimioterapia para ETG que eviten el embarazo durante 1 año después de completar el tratamiento.	Certeza de la evidencia: 4 Grado de recomendación: D Después de la quimioterapia para la GTN, se recomienda a las mujeres que eviten el embarazo durante al menos 1 año. La GTN de bajo riesgo [basada en la puntuación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)] se trata con quimioterapia de agente único, siendo el metotrexato la primera opción. Las mujeres con GTN de alto riesgo reciben quimioterapia con múltiples agentes.
Método de barrera/abstinencia	Se debe advertir a las mujeres que se requieren precauciones anticonceptivas adicionales (por ejemplo, métodos de barrera/abstinencia) si se inicia la anticoncepción hormonal 5 días o más después del tratamiento para ETG. No se requieren precauciones anticonceptivas adicionales si la anticoncepción se inicia inmediatamente o dentro de los 5 días posteriores al tratamiento para ETG.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
Método de barrera/abstinencia	Tabla 12: Requisitos para la abstinencia o anticoncepción adicional cuando se inicia un método anticonceptivo (para el cual la mujer	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	es médicamente elegible para usar) después del tratamiento para la enfermedad trofoblástica gestacional (GTD)	
Esterilización femenina	Se debe advertir a las mujeres que algunos métodos LARC son tan o más efectivos que la esterilización femenina y pueden conferir beneficios no anticonceptivos. Sin embargo, las mujeres no deben sentirse presionadas a elegir LARC en lugar de la esterilización femenina.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
Método de barrera	Se debe recomendar a las mujeres que eligen un diafragma que esperen al menos 6 semanas después del tratamiento para ETG porque el tamaño requerido del diafragma puede cambiar a medida que el útero vuelve a su tamaño normal.	Certeza de la evidencia: consenso de expertos Grado de recomendación: punto de buena práctica
General	Los médicos deben informar a las mujeres que no hay evidencia de que el uso de cualquier método anticonceptivo después de un episodio de ETG aumente el riesgo de ETG en un embarazo posterior.	Certeza de la evidencia: 3,4 , 2-, 3 Grado de recomendación: D 3: Después de un embarazo molar, el riesgo de que se repita el episodio es de aproximadamente 1 a 2%. 4: Anticonceptivos orales (AO) Los estudios no han evaluado el efecto de la anticoncepción utilizada después de ETG sobre el riesgo de ETG en embarazos posteriores. Sin embargo, el uso de AOC en algún momento previo al embarazo índice se ha considerado como un factor de riesgo epidemiológico para ETG en la población general. 2-: Todos los estudios relevantes fueron retrospectivos de casos y controles, muchos incluyeron un pequeño número de casos y, en la mayoría, el número de casos expuestos a AO fue muy pequeño. Además, en estos estudios no se especificó el tipo

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		<p>de AO utilizado. La evidencia también estuvo limitada por las mujeres que informaron retrospectivamente su uso previo de anticonceptivos y por posibles factores de confusión.</p> <p>3: Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) Una revisión sistemática que incluyó evidencia muy limitada de tres estudios de casos y controles sugirió que ETG no es más común entre las usuarias anteriores de DIU-Cu. El riesgo de ETG después del uso de métodos anticonceptivos que no sean AOC y un DIU-Cu no se informa en la literatura.</p>

Clasificación de los niveles de evidencia:

1++ : Revisiones sistemáticas de alta calidad o meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados controlados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo bajo; 1+ : Revisiones sistemáticas bien desarrolladas o meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados controlados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo bajo; 1- : Revisiones sistemáticas o meta-análisis de experimentos clínicos controlados aleatorizados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo alto; 2++ : Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de estudios de cohortes o de estudios de casos y controles de alta calidad o de estudios de cohortes con un muy bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal; 2+ : Estudios de casos y controles o de cohortes bien realizados con un bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una probabilidad moderada de que la relación sea causal; 2- : Estudios de casos y controles o de cohortes con un alto riesgo de confusión, sesgo o azar y un riesgo significativo de que la relación no sea causal; 3 : Estudios no analíticos (ej: reporte de caso, series de casos); 4 : Opinión de expertos. Grados de las recomendaciones:

A : Al menos una revisión sistemática, un meta-análisis o un experimento clínico aleatorizado controlado calificado como 1++, y directamente aplicable a la población diana; o una revisión sistemática de experimento clínico aleatorizado controlado o un conjunto de evidencias compuesto principalmente por estudios calificados como 1+, directamente aplicables a la población diana y que demuestren la consistencia general de los resultados; B : Un conjunto de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+; C : Un conjunto de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren la consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++; D : Nivel de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+; ✓ Puntos de buenas prácticas basados en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de las directrices.

Condiciones crónicas/especiales

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Enfermedad renal crónica

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	Attini, 2020 Consenso Italia
Título	Contraception in chronic kidney disease: a best practice position statement by the Kidney and Pregnancy Group of the Italian Society of Nephrology
Financiación	Italian Society of Nephrology

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Mujeres con enfermedad renal crónica en cualquier estadio sin evidencia de enfermedad autoinmune o hipertensión arterial	Anticonceptivos hormonales combinados (incluye píldoras, inyecciones o dispositivos intravaginales)	No existe contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con enfermedad renal crónica en cualquier estadio, cuando no presentan hipertensión, enfermedad autoinmune o reciban tratamiento inmunosupresor.	No hay evidencia para determinar que la efectividad sea diferente en este grupo de pacientes.	Certeza de la evidencia: Baja calidad Se basa en cuatro revisiones sistemáticas que evalúan el riesgo de desarrollar eventos trombóticos, infecciones o cáncer con el uso de estos medicamentos en la población general. Tres	Los anticonceptivos hormonales combinados son aceptables en mujeres con enfermedad renal crónica sin otra contraindicación	Baja calidad de la evidencia.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
				estudios evaluaron la seguridad de las píldoras y los dispositivos intrauterinos en mujeres con trasplante renal.		
Mujeres con enfermedad renal crónica en cualquier estadio	Anticonceptivos hormonales de sólo progestágenos (incluye píldoras, implantes o inyecciones)	Los anticonceptivos hormonales de progestinas orales o implantados tienen un buen perfil de seguridad en las pacientes con enfermedad renal crónica.	No hay evidencia para determinar que la efectividad sea diferente en este grupo de pacientes.	Certeza de la evidencia: Baja calidad Se basa en tres revisiones sistemáticas que evalúan el riesgo de desarrollar eventos adversos como ganancia de peso o eventos cardiovasculares en la población general y una guía de práctica clínica que evalúa el uso de progestinas en diferentes escenarios.	Los anticonceptivos hormonales de progestinas son aceptables en mujeres con enfermedad renal crónica sin otra contraindicación	Baja calidad de la evidencia.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Mujeres con enfermedad renal crónica en cualquier estadio	Dispositivos intrauterinos hormonales o de cobre	Los dispositivos intrauterinos son adecuados para las mujeres con enfermedad renal crónica sin otra contraindicación. Debería reconsiderarse su uso en usuarias de diálisis peritoneal o con antecedente de pielonefritis dado el riesgo de infecciones pélvicas.	No hay evidencia para determinar que la efectividad sea diferente en este grupo de pacientes.	Certeza de la evidencia: Baja calidad Se basa en cuatro revisiones sistemáticas que evalúan el riesgo de desarrollar eventos adversos y la seguridad en mujeres con inmunosupresión.	Los dispositivos intrauterinos tanto de cobre como hormonales pueden ser usados en mujeres con enfermedad renal crónica sin otra contraindicación para su uso.	Baja calidad de la evidencia.
Mujeres con enfermedad renal crónica en cualquier estadio	Anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel y Dispositivo de cobre	Los dispositivos intrauterinos de cobre y levonorgestrel son adecuados para las mujeres con enfermedad renal crónica. Se debe usar con precaución el levonorgestrel, cuando se usen inhibidores de la calcineurina.	No hay evidencia para determinar que la efectividad sea diferente en este grupo de pacientes.	Certeza de la evidencia: Baja calidad Se basa en un consenso de expertos que hablan sobre anticoncepción de emergencia en la población general.	Se pueden usar dispositivos intrauterinos de cobre o levonorgestrel como anticoncepción de emergencia.	

Sobrepeso y obesidad

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	FSRH, GPC Reino Unido	2020
Título	FSRH Guideline: Overweight, Obesity & Contraception	
Financiación	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)	

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Implantes de sólo progesterona.	El uso de estos implantes es efectivo y seguro para las mujeres con sobrepeso y obesidad.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: C Esta evidencia está basada en diez estudios observacionales, ensayos clínicos y estudios postmarketing, en los que se evaluaban parámetros farmacocinéticos, como el área bajo la curva de la concentración del medicamento. Siete estudios evaluaron la variación de la biodisponibilidad del medicamento en el tiempo según el peso corporal.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+* Grado de recomendación: C Esta evidencia está basada en ocho estudios de cohorte que evaluaron la ganancia de peso y el riesgo de desarrollar un desenlace cardiovascular.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Inyección de acetato de medroxiprogesterona de aplicación trimestral.	Las progestinas inyectables de depósito como el acetato de medroxiprogesterona son efectivas como anticonceptivos en mujeres con sobrepeso. Sin embargo, la evidencia sobre su seguridad, en lo que respecta a resultados cardiovasculares no es concluyente, además evidencia indirecta podría sugerir que en mujeres con otros factores de riesgo podrían aumentar la probabilidad de un evento adverso serio. Adicionalmente, en mujeres adolescentes se podrían asociar a ganancia de peso.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: C Esta evidencia está basada en dos estudios observacionales y dos experimentos clínicos fase III. Los estudios observacionales mostraron que no había diferencias en las concentraciones de la progesterona en el tiempo entre las mujeres con y sin obesidad. Los experimentos clínicos encontraron una tasa de embarazos similar entre las mujeres con índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m ² o menor a este umbral.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: D Esta evidencia está basada en siete estudios observacionales, una cohorte descriptiva, dos estudios transversales, dos casos y controles y una revisión sistemática sobre el riesgo de desarrollar alteraciones de la glicemia en ayunas y el uso de este medicamento.
Píldora de sólo progesterona	No existe evidencia que sugiera que el peso corporal afecte la efectividad de estas moléculas. Evidencia indirecta extraída de la población general indica que estos medicamentos no aumentan el riesgo de eventos trombóticos.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2- Grado de recomendación: D Esta evidencia está basada en dos estudios observacionales y un estudio in vitro.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2- Grado de recomendación: D Esta evidencia está basada en tres estudios observacionales y de cohorte de la población general.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Píldoras anticonceptivas combinadas	El sobrepeso no afecta la efectividad de estas píldoras. Sin embargo, podrían aumentar de forma significativa el riesgo de un evento trombótico, tanto venoso como arterial, sobre todo cuando el índice de masa corporal es mayor a 35 Kg/m ² .	<p>Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: C</p> <p>Esta evidencia está basada en una revisión sistemática de catorce estudios observacionales. La medición del desenlace de efectividad no fue homogénea en todos los estudios, por lo que no hay certeza del efecto real del tratamiento en la población. Una revisión sistemática de Cochrane no encontró que hubiera variación.</p>	<p>Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación B</p> <p>Esta basado en tres revisiones sistemáticas de ensayos clínicos y estudios observacionales y un estudio observacional. Una revisión incluye el riesgo en la población general que usa anticonceptivos combinados, otra el riesgo de trombosis en mujeres obesas y la última evalúa el riesgo de trombosis venosa en mujeres con obesidad que usan anticonceptivos. El estudio observacional es un casos y controles que estudia la interacción entre el índice de masa corporal y los anticonceptivos orales con le enfermedad cerebrovascular isquémica.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Parche anticonceptivo combinado	El peso corporal podría disminuir la efectividad de esta tecnología. Los desenlaces cardiovasculares son tomados de los anticonceptivos orales.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2- Grado de recomendación: D La evidencia para este desenlace está basada en dos análisis combinados de experimentos clínicos de la población general. Determinan la tasa de embarazos en los dos brazos ajustado por obesidad, edad y raza.	Clasificación sistema GRADE Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación B Esta basado en tres revisiones sistemáticas de experimentos clínicos y estudios observacionales y un estudio observacional. Una revisión incluye el riesgo en la población general que usa anticonceptivos combinados, otra el riesgo de trombosis en mujeres obesas y la última evalúa el riesgo de trombosis venosa en mujeres con obesidad que usan anticonceptivos. El estudio observacional es un casos y controles que estudia la interacción entre el índice de masa corporal y los anticonceptivos orales con la enfermedad cerebrovascular isquémica.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anillo vaginal combinado	Evidencia limitada sugiere que la efectividad del anillo vaginal no está afectada por el peso o por el IMC.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2- Grado de recomendación: D La evidencia para esta recomendación está basada en un análisis secundario de experimentos en fase III que evaluó las fallas del anillo vaginal combinado en mujeres con obesidad versus mujeres sin obesidad; sin embargo, incluyó pocas mujeres obesas para precisar una respuesta y en cuatro análisis farmacocinéticos que evaluaban la efectividad del anillo vaginal encontró que puede ser similar la efectividad de este método anticonceptivo en mujeres obesas y no obesas.	No reportan evidencia de afectación de la seguridad con este método anticonceptivo.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos inyectables combinados	<p>La evidencia sugiere que la efectividad anticonceptiva se mantiene entre las usuarias obesas de anticonceptivos hormonales combinados; sin embargo, entre las mujeres con un IMC muy alto que usan anticonceptivos orales combinados, la evidencia es inconsistente. El uso actual de anticonceptivos combinados está asociado con un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica. El uso actual de anticonceptivos combinados se asocia con un pequeño aumento del riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico. Si el IMC es mayor o igual a 35 Kg/m², los riesgos asociados con el uso de anticonceptivos combinados generalmente superan los beneficios.</p>	<p>Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: D</p> <p>Las recomendaciones se basan en estudios observacionales.</p>	<p>Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación D</p> <p>Las recomendaciones se basan en una revisión sistemática y en estudios observacionales que sugieren un aumento adicional del riesgo de enfermedad tromboembólica en mujeres que tienen un IMC elevado y usan anticonceptivos hormonales combinados.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Dispositivo intrauterino de Etonogestrel / Etinilestradiol	El peso corporal podría no disminuir la efectividad de esta tecnología. Los desenlaces cardiovasculares son tomados de los anticonceptivos orales.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2- Grado de recomendación: D La evidencia para este desenlace está basada en tres estudios, dos observacionales y un ensayo clínico. En este último las mujeres obesas fueron subrepresentadas.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación B Esta basado en tres revisiones sistemáticas de experimentos clínicos, estudios observacionales y otro estudio observacional. Una revisión incluye el riesgo en la población general que usa anticonceptivos combinados, otra el riesgo de trombosis en mujeres obesas y la última evalúa el riesgo de trombosis venosa en mujeres con obesidad que usan anticonceptivos. El estudio observacional es un casos y controles que estudia la interacción entre el índice de masa corporal y los anticonceptivos orales con la enfermedad cerebrovascular isquémica.
Píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel	Al parecer, el peso corporal podría disminuir la efectividad de las tabletas de levonorgestrel, cuando el peso es mayor de 70 Kg o el índice de masa corporal es mayor a 25 Kg/m ²	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: C La evidencia para este desenlace está basada en dos análisis combinados de ensayos clínicos. Los resultados entre los dos son contradictorios	No reportan seguridad

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Acetato de ulipristal	Puede ser menos efectivas entre mujeres con IMC mayor o igual a 30 Kg/m ² o que pesen más de 85 Kg que entre mujeres con IMC menor a 25 Kg/m ² . A pesar de esto, no hay preocupaciones de seguridad.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: C La evidencia para este desenlace está basada en dos análisis de estudios de datos de ensayos aleatorizados de acetato de ulipristal y levonorgestrel y de resultados de estudios combinados de fase III de acetato de ulipristal para la anticoncepción de emergencia.	No reportan seguridad
Dispositivo intrauterino de cobre	Es un método anticonceptivo altamente efectivo. Su efectividad no se afecta por el peso. Es una opción segura para las mujeres con sobrepeso u obesidad. Adicionalmente, el dispositivo intrauterino de cobre es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia para esta población.	Clasificación sistema GRADE: Certeza de la evidencia 2+ Grado de recomendación: C La evidencia para este desenlace se basa en un estudio de cohorte prospectivo en la que no encuentran diferencias estadísticamente significativas de efectividad de los dispositivos intrauterinos (de cobre y de levonorgestrel) en las mujeres con peso normal comparadas con las mujeres con sobrepeso y obesidad.	Clasificación sistema GRADE Grado de recomendación D Ningún estudio ha evaluado específicamente la seguridad del DIU-Cu en mujeres con IMC elevado. No existen razones teóricas por las que el DIU-Cu suponga un riesgo para la salud de las mujeres con un IMC elevado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Criterios médicos de elegibilidad		Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Implantes de sólo progesterona.	La obesidad o el sobrepeso no restringen el uso de estos implantes. Clasificación UKMEC 1.	Baja calidad de la evidencia	El uso de implantes subdérmicos no está restringido por la obesidad	
Inyección de acetato de medroxiprogesterona de aplicación trimestral.	La obesidad o sobrepeso no restringe el uso de estas inyecciones. Clasificación UKMEC 1. No obstante cuando hay factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo diabetes o hipertensión su clasificación es UKMEC 3, por lo tanto, no se debería brindar su uso. Esta última clasificación es teórica basada en evidencia indirecta.	Muy baja calidad de la evidencia	La obesidad no restringe el uso del acetato de medroxiprogesterona. Sin embargo, dado la falta de certeza en los que respecta a seguridad su uso debería ser considerado después de evaluar otras opciones.	
Píldora de sólo progesterona	El uso de píldora de sólo progesterona es clasificación UKMEC 1 en mujeres sin factores de riesgo adicional y UKMEC 2 en mujeres con riesgo cardiovascular.	Muy baja calidad de la evidencia.	Se podrían usar moléculas de progestinas en mujeres obesas, sin embargo, no existe certeza sobre su efectividad y seguridad.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Criterios médicos de elegibilidad		Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Píldoras anticonceptivas combinadas	En mujeres con obesidad y sobrepeso el criterio es UKMEC 2, si tienen factores de riesgo cardiovascular o IMC mayor a 35 Kg/m2 es UKMEC 3.	Moderada a muy baja calidad de la evidencia.		
Parche anticonceptivo combinado	En mujeres con obesidad y sobrepeso el criterio es UKMEC 2, si tienen factores de riesgo cardiovascular o IMC mayor a 35 Kg/m2 es UKMEC 3.	Moderada a muy baja calidad de la evidencia.		

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Criterios médicos de elegibilidad		Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Anillo vaginal combinado	Si la paciente sólo sufre de obesidad: si tiene IMC mayor o igual a 30-34 Kg/m2 es categoría UKMEC 2, IMC mayor o igual a 35 Kg/m2 es categoría UKMEC 3. Si la obesidad es uno de los múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, es UKMEC categoría 3.	Muy baja calidad de la evidencia	La mayoría de los experimentos que evalúan la efectividad de los anillos vaginales han sido realizados en mujeres sin obesidad. La evidencia limitada sugiere que la efectividad del anillo vaginal no está afectada por el peso o por el IMC.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Criterios médicos de elegibilidad		Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos inyectables combinados	<p>El uso de anticonceptivos hormonales combinados es UKMEC 3 para uso en mujeres con IMC mayor o igual a 35 Kg/m². El uso de anticonceptivos hormonales combinados es UKMEC 2 para uso en mujeres con IMC mayor o igual a 30–34 Kg/m². Estas clasificaciones UKMEC 2 y 3, que indican problemas de seguridad para las mujeres obesas que usan anticonceptivos hormonales combinados, están relacionadas con los riesgos cardiovasculares de los estrógenos exógenos, incluidos enfermedad tromboembólica, infarto de miocardio agudo y accidente cerebrovascular. Se basan principalmente en la evidencia de que la obesidad y el uso de anticonceptivos hormonales combinados son factores de riesgo independientes de trombosis.</p>	Moderada calidad de la evidencia	<p>Se debe informar a las mujeres con obesidad que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El riesgo de trombosis aumenta con el aumento del IMC. - El uso actual de anticonceptivos combinados está asociado con un mayor riesgo de TEV. - El uso actual de anticonceptivos combinados se asocia con un pequeño aumento del riesgo de infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular isquémico. - Si el IMC es mayor o igual a 35 Kg/m², los riesgos asociados con el uso de anticonceptivos combinados generalmente superan los beneficios. 	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Criterios médicos de elegibilidad		Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Dispositivo intrauterino de Etonogestrel / Etinilestradiol	En mujeres con obesidad y sobrepeso el criterio es UKMEC 2, si tienen factores de riesgo cardiovascular o peso mayor a 35 m2/kg es UKMEC 3.	Moderada a muy baja calidad de la evidencia.		
Píldora anticonceptiva de emergencia con levonogestrel	En mujeres con obesidad y sobrepeso el criterio es UKMEC 2, si tienen factores de riesgo cardiovascular o peso mayor a 35 m2/kg es UKMEC 3.	Moderada a muy baja calidad de la evidencia.		
Acetato de ulipristal	En mujeres con obesidad el criterio es UKMEC 1.	Moderada a muy baja calidad de la evidencia.		

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Criterios médicos de elegibilidad		Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna	
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Dispositivo intrauterino de cobre	En mujeres con obesidad y sobrepeso el criterio es UKMEC 1.	Muy baja calidad de la evidencia.	Los mecanismos de acción de los dispositivos intrauterinos se basan en los efectos locales y no dependen de los niveles sistémicos del fármaco; por lo tanto, no se esperaría que el peso de una mujer afectara la eficacia anticonceptiva del DIU-de cobre o el DIU-liberador de levonorgestrel.	

Clasificación de los niveles de evidencia:

1++ : Revisiones sistemáticas de alta calidad o meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados controlados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo bajo; 1+ : Revisiones sistemáticas bien desarrolladas o meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados controlados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo bajo; 1- : Revisiones sistemáticas o meta-análisis de experimentos clínicos controlados aleatorizados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo alto; 2++ : Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de estudios de cohortes o de estudios de casos y controles de alta calidad o de estudios de cohortes con un muy bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal; 2+ : Estudios de casos y controles o de cohortes bien realizados con un bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una probabilidad moderada de que la relación sea causal; 2- : Estudios de casos y controles o de cohortes con un alto riesgo de confusión, sesgo o azar y un riesgo significativo de que la relación no sea causal; 3 : Estudios no analíticos (ej: reporte de caso, series de casos); 4 : Opinión de expertos. Grados de las recomendaciones: A : Al menos una revisión sistemática, un meta-análisis o un experimento clínico aleatorizado controlado calificado como 1++, y directamente aplicable a la población diana; o una revisión sistemática de experimento clínico aleatorizado controlado o un conjunto de evidencias compuesto principalmente por estudios calificados como 1+, directamente aplicables a la población diana y que demuestren la consistencia general de los resultados; B : Un conjunto de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+; C : Un conjunto de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren la consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++; D : Nivel de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+; ✓ Puntos de buenas prácticas basados en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de las directrices.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Dislipidemia

Autor, año Tipo de estudio o publicación o origen	CDC, Consenso Estados Unidos	2016
Título	U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use	
Financiación	CDC	

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Pacientes con LDL elevado, y bajo HDL. Además, con múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.	Dispositivo intrauterino con liberación de levonorgestrel.	Los beneficios de utilizar este método supera los riesgos teóricos o probados	Esta recomendación está basada en un consenso de expertos	Muy baja calidad de evidencia
Pacientes con LDL elevado, y bajo HDL. Además, con múltiples factores de riesgo de enfermedad	Contraceptivos de progestina: implantes de progestina	Los beneficios de utilizar este método supera los riesgos teóricos o probados	Esta recomendación está basada en un consenso de expertos	Muy baja calidad de evidencia

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
cardiovascular aterosclerótica.				
Pacientes con LDL elevado, y bajo HDL. Además, con múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.	Contraceptivos de progestina: acetato de medroxiprogesterona (DMPA)	Los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar el método. El efecto de DMPA puede persistir después de un tiempo de discontinuar.	Esta recomendación está basada en un consenso de expertos	Muy baja calidad de evidencia
Pacientes con LDL elevado, y bajo HDL. Además, con múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.	Contraceptivos de progestina: píldora de progestina (POPs)	Los beneficios de utilizar el método supera los riesgos teóricos o probados. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular puede aumentar. Algunos anticonceptivos de progestina pueden aumentar el riesgo de trombosis.	Esta recomendación está basada en un consenso de expertos	Muy baja calidad de evidencia
Pacientes con LDL elevado, y bajo HDL. Además, con múltiples factores de riesgo de enfermedad	Contraceptivos hormonales combinados	Los riesgos teóricos o probados superan los beneficios de usar el método. El uso de estos métodos en la condición nombrada representa un riesgo inaceptable. Aumento inaceptable del riesgo para	Esta recomendación está basada en un consenso de expertos	Muy baja calidad de evidencia

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
SECRETARÍA DE SALUD	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
cardiovascular arterosclerótica.		enfermedad cardiovascular y de trombosis.		

Epilepsia

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	ACOG Guía Estados Unidos	de	práctica	2019 clínica
Título	Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions			
Financiación	The American College of Obstetricians and Gynecologists			

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Mujeres con diagnóstico de epilepsia que consumen anticonvulsivantes inductores de enzimas hepáticas (carbamazepina, fenobarbital, Felbamato, Oxcarbazepina, Fenitoína, Primidona y Rufinamida).	Anticonceptivos hormonales combinados (píldoras, parches, inyecciones)	Los anticonceptivos hormonales de esta clase no se recomiendan por el riesgo de embarazo no deseado, ya que los anticonvulsivantes de esta clase disminuyen las concentraciones séricas del medicamento.	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Nivel de evidencia B La certeza de esta recomendación se basa en una evidencia científica insuficiente o limitada, en este caso, de una revisión sistemática de la literatura, un experimento clínico aleatorizado y tres	Según la guía los anticonceptivos hormonales combinados orales se clasifican como USMEC categoría 3.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			estudios observacionales descriptivos que encontraron que la efectividad de los anticonceptivos hormonales combinados orales disminuye cuando se administran concomitantemente con antiepilépticos inductores de enzimas hepáticas.		

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Mujeres con diagnóstico de epilepsia que consumen anticonvulsivantes inductores de enzimas hepáticas (carbamazepina, fenobarbital, Felbamato, Oxcarbazepina, Fenitoína, Primidona y Rufinamida).	Inyección de acetato de medroxiprogesteron a (DMPA) y Dispositivo Intrauterino de Levonorgestrel (LNG-IUD)	Las mujeres que toman antiepilépticos inductores de enzimas hepáticas pueden usar DMPA y LNG-IUD sin preocuparse porque haya un aumento de la falla en la anticoncepción.	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Nivel de evidencia B Certeza de la esta recomendación se basa en 1 estudio observacional descriptivo y un capítulo de libro que concluyen que la efectividad de ambos métodos anticonceptivos no se disminuye cuando hay consumo	Según la guía la DMPA y el LNG-IUD se clasifican como USMEC categoría 1.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
			simultáneo de drogas antiepilépticas inductoras de enzimas hepáticas.		
Mujeres con diagnóstico de epilepsia que consumen anticonvulsivantes inductores de enzimas hepáticas (carbamazepina, fenobarbital, Felbamato, Oxcarbazepina, Fenitoína,	Implante de etonogestrel	La efectividad del implante de etonogestrel podría verse afectada por el uso concomitante de anticonvulsivantes inductores de enzimas hepáticas. Aun así, gracias a su gran efectividad en la prevención general del embarazo, el riesgo de falla en la anticoncepción es menor en comparación con otros métodos anticonceptivos.	La certeza de esta recomendación se basa en un estudio farmacocinético y dos reportes de caso que indican que a pesar de que existe la posibilidad de disminución en la efectividad de la anticoncepción del implante de	Según la guía el implante de etonogestrel se clasifica como USMEC categoría 2.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Primidona y Rufinamida).			etonogestrel, sigue teniendo un mejor perfil que otros métodos anticonceptivos.		

Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: I Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio debidamente designado. II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización. II-2 Pruebas obtenidas de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. II-3 Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin la intervención. Los resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrían considerarse como este tipo de evidencia. III Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Basándose en el nivel más alto de evidencia encontrado en los datos, se proporcionan recomendaciones y se califican de acuerdo con las siguientes categorías: Nivel A: las recomendaciones se basan en una evidencia científica buena y consistente. B: las recomendaciones se basan en pruebas científicas limitadas o incoherentes. C:-Las recomendaciones se basan principalmente en el consenso y la opinión de los expertos

Hipertensión arterial

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Autor, año o Tipo de estudio o publicación origen	ACOG Guía Estados Unidos	de	práctica	2019 clínica
Título	Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions			
Financiación	The American College of Obstetricians and Gynecologists			

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Método anticonceptivo
Anticonceptivos de sólo progestágeno (implantes subdérmicos de sólo progesterona, inyección de acetato de medroxiprogesterona de aplicación trimestral y píldora de sólo progesterona)	El uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres con hipertensión sistólica de 160 mm Hg o más o diastólica de 100 mm Hg o más generalmente no se recomienda debido al riesgo teórico de cambios desfavorables en las lipoproteínas que podrían contribuir al riesgo cardiovascular.	No hay información relacionada con la efectividad de estos métodos anticonceptivos en mujeres con hipertensión arterial.	Anticonceptivos de sólo progestágeno (implantes subdérmicos de sólo progesterona, inyección de acetato de medroxiprogesterona de aplicación trimestral y píldora de sólo progesterona)
Anticonceptivos hormonales combinados (píldoras anticonceptivas combinadas, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal combinado, anticonceptivos inyectables combinados)	En mujeres con hipertensión sistólica de 140 a 159 mm Hg o diastólica de 90 a 99 mm Hg, no se deben usar anticonceptivos hormonales combinados a menos que ningún otro método sea apropiado o aceptable para la paciente. Las mujeres con hipertensión sistólica de 160 mm Hg o más o diastólica de 100 mg Hg o más o con enfermedad vascular no deben usar anticonceptivos hormonales combinados. Los anticonceptivos orales combinados de estrógeno y progestina contemporáneos en dosis bajas (35 microgramos o menos) parecen aumentar la presión arterial de	No hay información relacionada con la efectividad de estos métodos anticonceptivos en relación a las mujeres con hipertensión arterial.	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de clasificación Nivel A. Datos obtenidos de una revisión sistemática relacionada con el uso de los anticonceptivos orales combinados entre las mujeres con hipertensión.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Método anticonceptivo
	una manera leve, probablemente no clínicamente significativa: aproximadamente 8 mm Hg sistólica y 6 mm Hg diastólica en comparación con ningún aumento en las mujeres que comienzan a usar un DIU de cobre. Las mujeres con hipertensión tratadas adecuadamente tienen un riesgo reducido de infarto de miocardio agudo y accidente cerebrovascular en comparación con las mujeres no tratadas.		
Anticonceptivos de sólo progestágeno (implantes subdérmicos de sólo progesterona, inyección de acetato de medroxiprogesterona de aplicación trimestral y píldora de sólo progesterona)	El uso de acetato de medroxiprogesterona en mujeres con hipertensión sistólica de 160 mm Hg o más o diastólica de 100 mm Hg o más generalmente no se recomienda debido al riesgo teórico de cambios desfavorables en las lipoproteínas que podrían contribuir al riesgo cardiovascular. El uso de píldoras de sólo progestágeno no parece tener un efecto significativo sobre la presión arterial o el riesgo de enfermedad cardiovascular.	No hay información relacionada con la efectividad de estos métodos anticonceptivos en mujeres con hipertensión arterial.	Las recomendaciones se basan en los resultados de una revisión sistemática con metaanálisis que evaluó la asociación entre el uso de anticonceptivos de sólo progestágeno y los desenlaces cardio metabólicos.
Anticonceptivos hormonales combinados (píldoras anticonceptivas combinadas, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal combinado, anticonceptivos inyectables combinados)	En mujeres con hipertensión sistólica de 140 a 159 mm Hg o diastólica de 90 a 99 mm Hg, no se deben usar anticonceptivos hormonales combinados a menos que ningún otro método sea apropiado o aceptable para la paciente. Las mujeres con hipertensión sistólica de 160 mm Hg o más o diastólica de 100 mg Hg o más o con enfermedad vascular no deben usar anticonceptivos hormonales combinados. Los anticonceptivos orales combinados de estrógeno y progestina contemporáneos en dosis bajas (35 microgramos o menos) parecen aumentar la presión arterial de	No hay información relacionada con la efectividad de estos métodos anticonceptivos en relación a las mujeres con hipertensión arterial.	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de clasificación Nivel A. Datos obtenidos de una revisión sistemática relacionada con el uso de los anticonceptivos orales combinados entre las mujeres con hipertensión.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Método anticonceptivo
	una manera leve, probablemente no clínicamente significativa: aproximadamente 8 mm Hg sistólica y 6 mm Hg diastólica en comparación con ningún aumento en las mujeres que comienzan a usar un DIU de cobre. Las mujeres con hipertensión tratadas adecuadamente tienen un riesgo reducido de infarto de miocardio agudo y accidente cerebrovascular en comparación con las mujeres no tratadas.		

Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: I Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio debidamente designado. II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización. II-2 Pruebas obtenidas de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. II-3 Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin la intervención. Los resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrían considerarse como este tipo de evidencia. III Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Basándose en el nivel más alto de evidencia encontrado en los datos, se proporcionan recomendaciones y se califican de acuerdo con las siguientes categorías: Nivel A: las recomendaciones se basan en una evidencia científica buena y consistente. B: las recomendaciones se basan en pruebas científicas limitadas o incoherentes. C: Las recomendaciones se basan principalmente en el consenso y la opinión de los expertos.

Diabetes Mellitus

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	ACOG Guía Estados Unidos	de práctica	2019 clínica
Título	Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions		
Financiación	The American College of Obstetricians and Gynecologists		

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos de sólo progestágeno (implantes subdérmicos de sólo progesterona, inyección de Acetato de medroxiprogesterona de aplicación trimestral y píldora de sólo progesterona)	Entre las mujeres con diabetes insulino dependiente o no insulino dependiente, las limitadas pruebas sobre el uso de métodos con sólo progestágenos (Píldora de sólo progesterona, inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona, implante de levonorgestrel) sugieren que estos métodos tienen poco efecto sobre el control de la diabetes a corto o largo plazo, los marcadores hemostáticos o el perfil lipídico.	No hay información relacionada con la efectividad de estos métodos anticonceptivos en relación con las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2.	Recomendaciones basadas en los datos de un experimento clínico y un estudio de cohorte.
Anticonceptivos hormonales combinados (píldoras anticonceptivas combinadas, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal combinado, anticonceptivos inyectables combinados)	Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes, cualquiera de los cuales por sí solo aumentaría sustancialmente el riesgo de enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos orales combinados, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal combinado y anticonceptivos inyectables combinados puede aumentar su riesgo a un nivel inaceptable.	No hay información relacionada con la efectividad de estos métodos anticonceptivos en relación con las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2.	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de clasificación Nivel A. Datos obtenidos del consenso de expertos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
<p>A continuación, se muestran las categorías USMEC para elegibilidad de método anticonceptivo en las personas con diabetes mellitus</p> <p>Si tiene múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como diabetes, hipertensión, dislipidemia, fumadoras y edad avanzada: Los implantes de levonorgestrel y etonorgestrel son categoría USMEC 2. Las mujeres con diabetes y sin enfermedad vascular no insulino dependientes o insulino dependientes, el uso de implantes de levonorgestrel y etonorgestrel es categoría USMEC 2. Las mujeres con diabetes y nefropatía, retinopatía y/o neuropatía, el uso de implantes de levonorgestrel y etonorgestrel es categoría USMEC 2. Las mujeres con diabetes y con otra enfermedad vascular o con una duración de más de 20 años de la diabetes, el uso de implantes de levonorgestrel y etonorgestrel es categoría USMEC 2.</p> <p>Si tiene múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como diabetes, hipertensión, dislipidemia, fumadoras y edad avanzada: La inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona es categoría USMEC 3. Las mujeres con diabetes y sin enfermedad vascular no insulino dependientes o insulino dependientes, el uso de la inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona es categoría USMEC 2. Las mujeres con diabetes y nefropatía, retinopatía y/o neuropatía, el uso de la inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona es categoría USMEC 3. Las mujeres con diabetes y con otra enfermedad vascular o con una duración de más de 20 años de la diabetes, el uso de la inyección de depósito de acetato de medroxiprogesterona es categoría USMEC 3, dado que aumenta los perfiles de lipoproteínas que favorecen el desarrollo de aterosclerosis.</p> <p>Si tiene múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como diabetes, hipertensión, dislipidemia, fumadoras y edad avanzada: La inyección de enantato de noretisterona es categoría USMEC 3. Las mujeres con diabetes y sin enfermedad vascular no insulino dependientes o insulino dependientes, el uso de inyección de enantato de noretisterona es categoría USMEC 2. Las mujeres con diabetes y nefropatía, retinopatía y/o neuropatía, el uso de inyección de enantato de noretisterona es categoría USMEC 3.</p>	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
<p>Las mujeres con diabetes y con otra enfermedad vascular o con una duración de más de 20 años de la diabetes, el uso de inyección de enantato de noretisterona es categoría USMEC 3.</p> <p>Si tiene múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como diabetes, hipertensión, dislipidemia, fumadoras y edad avanzada: La píldora de solo progesterona es categoría USMEC 2.</p> <p>Las mujeres con diabetes y sin enfermedad vascular no insulino dependientes o insulino dependientes, el uso de Píldora de sólo progesterona es categoría USMEC 2.</p> <p>Las mujeres con diabetes y nefropatía, retinopatía y/o neuropatía, el uso de Píldora de sólo progesterona es categoría USMEC 2.</p> <p>Las mujeres con diabetes y con otra enfermedad vascular o con una duración de más de 20 años de la diabetes, el uso de la píldora de sólo progesterona es categoría USMEC 2.</p> <p>Según las categorías USMEC:</p> <p>Si la mujer tiene múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como diabetes, hipertensión, dislipidemia, fumadoras y edad avanzada: Los anticonceptivos hormonales combinados (anticonceptivos orales combinados, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal combinado y anticonceptivos inyectables combinados) son categoría USMEC 3/4.</p> <p>Las mujeres con diabetes y sin enfermedad vascular no insulino dependientes o insulino dependientes, el uso de anticonceptivos orales combinados es categoría USMEC 2.</p> <p>Las mujeres con diabetes y nefropatía, retinopatía y/o neuropatía, el uso de anticonceptivos orales combinados es categoría USMEC 3/4.</p> <p>Las mujeres con diabetes y con otra enfermedad vascular o con una duración de >20 años de la diabetes, el uso de anticonceptivos orales combinados es categoría USMEC 3/4.</p>	

Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: I Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio debidamente designado. II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización. II-2 Pruebas obtenidas de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. II-3 Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin la intervención. Los resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrían considerarse como este tipo de evidencia. III Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Basándose en el nivel más alto de evidencia encontrado en los datos, se proporcionan recomendaciones y se califican de acuerdo con las siguientes categorías: Nivel A: las recomendaciones se basan en una evidencia científica buena y consistente. B: las recomendaciones se basan en pruebas científicas limitadas o incoherentes. C: Las recomendaciones se basan principalmente en el consenso y la opinión de los expertos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Cáncer

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	ACOG Guía Estados Unidos	de	práctica	2019 clínica
Título	Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions			
Financiación	The American College of Obstetricians and Gynecologists			

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad		Criterios médicos de elegibilidad		
		Resultados o recomendación	Efectividad	Seguridad	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Mujeres con alto riesgo de cáncer de mama o de ovario	Anticonceptivos hormonales (Incluye todas las clases de anticonceptivos hormonales, combinados y de progestina)	En mujeres con alto riesgo de estos tipos de cáncer, se puede formular cualquier clase de anticonceptivo hormonal. En esta población se incluye a las pacientes que tiene mutaciones en el BRACA 1-2 o familiares en primer grado con estas neoplasias	No hay evidencia para considerar que la efectividad sea diferente en este grupo de mujeres.	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Certeza de la evidencia: I Grado de recomendación: A Se basa en un revisión sistemática de estudios observacionales y experimentos clínicos que muestran que las mujeres con alto riesgo de cáncer de mama y ovario no tiene mayor probabilidad de desarrollar estas neoplasias cuando consumen anticonceptivos orales comparadas con las mujeres no usuarias. El riesgo de cáncer de mama no es estadísticamente significativo y el consumo de estos medicamentos disminuye el riesgo de desarrollarlo.	USMEK 1 no hay restricción para la formulación de anticoncepción hormonal en este grupo de mujeres.	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia	Criterios médicos de elegibilidad	
					Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama	Anticonceptivos hormonales (Incluye todas las clases de anticonceptivos hormonales, combinados y de progestina)	En mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, sin tratamiento, la anticoncepción hormonal esta contraindicada, por el riesgo teórico que las hormonas favorezcan el crecimiento del tumor.		Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Certeza de la evidencia: III Grado de recomendación: C La recomendación se base en una recomendación de expertos.	USMEK 4, su utilización se considera un riesgo para la salud.	
Mujeres con diagnóstico de cáncer de origen ginecológico	Anticonceptivos hormonales (Incluye todas las clases de anticonceptivos hormonales, combinados y de progestina)	Cualquier tipo de anticoncepción hormonal puede ser usado en este grupo de mujeres. En mujeres con lesiones premalignas del endometrio o con cáncer endometrial se deben considerar la progestinas.		Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Certeza de la evidencia: III Grado de recomendación: C La recomendación se base en una recomendación de expertos.	USMEK 1 no hay restricción para la formulación de anticoncepción hormonal en este grupo de mujeres.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anticoagulación

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	ACOG 2019 Guía de práctica clínica Estados Unidos
Título	Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions
Financiación	The American College of Obstetricians and Gynecologists

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad o Resultados recomendación	Efectividad o Certeza o calidad de la evidencia	Seguridad o Certeza o calidad de la evidencia	Criterios médicos de elegibilidad	
Condición de salud	Método anticonceptivo	Resultados recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Pacientes con antecedente de trombosis o riesgo de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar	Anticonceptivos hormonales combinados (Píldoras, parches o dispositivos)	Los anticonceptivos hormonales combinados aumentan el riesgo de trombosis venosa en la población general, por lo tanto deberían ser evitados en las siguientes condiciones: -Pacientes con antecedentes de trombofilia -Pacientes con antecedentes de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda -Fumadoras activas o mayores de 35 años -Enfermedad inflamatoria intestinal -Trombosis venosa profunda.	No hay evidencia que la efectividad se vea reducida en esta población	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de clasificación Nivel A (píldoras e implantes subdérmicos)-B (dispositivos intrauterinos) La recomendación se sustenta en un	Según la guía, los anticonceptivos hormonales combinados son categoría USMEC 3.	Muy baja calidad.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad o resultados recomendación	Efectividad o certeza o calidad de la evidencia	Seguridad o certeza o calidad de la evidencia	Criterios médicos de elegibilidad o resultados recomendación o certeza o calidad de la evidencia	
				consenso de expertos y en siete estudios observacionales que muestran que los anticonceptivos orales combinados aumentan el riesgo de trombosis en la población general.		
Pacientes con antecedente de trombosis o riesgo de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, IAM o ACV	Anticonceptivos hormonales de progestinas (píldoras, implantes y dispositivos intrauterinos)	Las píldoras y los implantes de progestinas, así como los dispositivos intrauterinos de levonorgestrel pueden ser usados en una mujer con antecedentes de enfermedad tromboembólica, infarto agudo de miocardio o	No hay evidencia que la efectividad se vea reducida en esta población	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de	Según la guía, los anticonceptivos hormonales de progestinas (Implantados, orales o dispositivos intrauterinos) son categoría USMEC 2.	Muy baja calidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
Condición de salud	Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
		enfermedad cerebrovascular.		Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de clasificación Nivel A (píldoras e implantes subdérmicos)-B (dispositivos intrauterinos) La recomendación se sustenta en un consenso de expertos y en una revisión sistemática que evalúa el riesgo de enfermedad trombótica en mujeres de la población general		

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

		Efectividad/seguridad		Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
Condición de salud	Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	
Pacientes con antecedente de trombosis o riesgo de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, IAM o ACV	Inyectables de acetato de medroxiprogesterona.	No existe certeza sobre la seguridad de los inyectables de acetato de medroxiprogesterona en esta población, ya que en la población general aumentan dos veces el riesgo de un evento trombótico.	No hay evidencia que la efectividad se vea reducida en esta población	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de clasificación Nivel A: No hay evaluación de la calidad de la evidencia. La recomendación se sustenta en un consenso de expertos y en	Según la guía, los métodos inyectables de progestágenos son categoría USMEC 2 para esta población.	Muy baja calidad.	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad o Resultados recomendación	Efectividad o Certeza o calidad de la evidencia	Seguridad o Certeza o calidad de la evidencia	Criterios médicos de elegibilidad	
					Resultados recomendación o	Certeza o calidad de la evidencia
				una revisión sistemática que evalúa el riesgo de enfermedad trombótica en mujeres de la población general cuando usa progestinas.		
Pacientes con consumo de medicamentos anticoagulantes	Anticonceptivos hormonales de progestinas (píldoras, implantes, dispositivos intrauterinos, inyectables de acetato de medroxiprogesterona)	Los anticonceptivos basados en progestinas son aceptables para las mujeres que consumen anticoagulantes. Estos medicamentos podrían disminuir el riesgo de complicaciones hemorrágicas ginecológicas, sobre todo las inyecciones de acetato de medroxiprogesterona y los dispositivos	No hay evidencia que la efectividad se vea reducida en esta población	Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: Sistema de	Según la guía, los métodos inyectables de progestágenos son categoría USMEC 2 para esta población.	Muy baja calidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad o Resultados recomendación	Efectividad o Certeza o calidad de la evidencia	Seguridad o Certeza o calidad de la evidencia	Criterios médicos de elegibilidad	
					Resultados recomendación o	Certeza o calidad de la evidencia
		intrauterinos liberadores de levonorgestrel.		clasificación Nivel A: La recomendación se sustenta en un consenso de expertos, una revisión sistemática y tres estudios observacionales, que evaluaron el papel de las progestinas en el riesgo de sangrado y de eventos trombóticos.		

Los estudios fueron revisados y evaluados en cuanto a su calidad de acuerdo con el método descrito por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos: I Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio debidamente designado. II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización. II-2 Pruebas obtenidas de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. II-3 Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin la intervención. Los resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrían considerarse como este tipo de evidencia. III Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Basándose en el nivel más alto de evidencia encontrado en los datos, se proporcionan recomendaciones y se califican de acuerdo con las siguientes categorías: Nivel A: las recomendaciones se basan en una evidencia científica buena y consistente. B: las recomendaciones se basan en pruebas científicas limitadas o incoherentes. C:-Las recomendaciones se basan principalmente en el consenso y la opinión de los expertos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	EULAR, Consenso Unión Europea	2017
Título	EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome	
Financiación	EULAR	

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad		Criterios médicos de elegibilidad		
		Resultados o recomendación	Efectividad Certeza o calidad de la evidencia	Seguridad Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Lupus eritematoso sistémico sin evidencia de Síndrome antifosfolípidos	Anticonceptivos hormonales combinados	Las mujeres con diagnóstico lupus eritematoso sistémico con control de su enfermedad y sin evidencia de síndrome antifosfolípidos, pueden usar anticonceptivos hormonales combinados.	No se considera que la efectividad sea diferente a la población general.	Certeza de la evidencia: 1 Grado de recomendación: A La evidencia proviene de dos ensayos clínicos aleatorizados, de moderada calidad que muestran que las pacientes con lupus que usan anticonceptivos hormonales combinados no presentan tasas diferentes de eventos adversos como exacerbación de la enfermedad o eventos trombóticos.	En mujeres con lupus eritematoso sistémico que se encuentren estables y sin evidencia de síndrome antifosfolípidico, se puede recomendar el uso de anticonceptivos hormonales combinados.	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Lupus eritematoso sistémico sin evidencia de Síndrome antifosfolípidos	Anticonceptivos hormonales de progestinas (inyectables, orales o subdérmicos)	Las mujeres con diagnóstico lupus eritematoso sistémico con control de su enfermedad y sin evidencia de síndrome antifosfolípidos, pueden usar píldoras de progestinas	No se considera que la efectividad sea diferente a la población general.	Certeza de la evidencia: 1 Grado de recomendación: A La evidencia proviene de un ensayo clínico aleatorizado, de moderada calidad que muestran que las pacientes con lupus que usan anticonceptivos hormonales de progestina no presentan tasas diferentes de eventos adversos como exacerbación de la enfermedad o eventos trombóticos, comparado con el dispositivo intrauterino de cobre y las píldoras combinadas	En mujeres con lupus eritematoso sistémico que se encuentren estables y sin evidencia de síndrome antifosfolipídico, se puede recomendar el uso de anticonceptivos hormonales de progestina.	
Lupus eritematoso sistémico sin evidencia de Síndrome antifosfolípidos	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Las mujeres con diagnóstico lupus eritematoso sistémico con control de su enfermedad y sin evidencia de síndrome antifosfolípidos, pueden usar dispositivos intrauterinos de levonorgestrel, si el riesgo de trombosis es bajo	No se considera que la efectividad sea diferente a la población general.	Certeza de la evidencia: 1 Grado de recomendación: A La evidencia proviene de un ensayo clínico aleatorizado, de moderada calidad que muestran que las pacientes con lupus que usaron dispositivo de levonorgestrel para el manejo del sangrado menstrual pesado por anticoagulación.	En mujeres con lupus eritematoso sistémico que se encuentren estables y sin evidencia de síndrome antifosfolipídico, se puede recomendar el	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
					uso de anillo de levonorgestrel	
Lupus eritematoso sistémico con o sin evidencia de Síndrome antifosfolípidos	Dispositivo intrauterino de cobre	Las mujeres con diagnóstico lupus eritematoso sistémico con o sin síndrome antifosfolípido pueden usar un dispositivo intrauterino de cobre.	No se considera que la efectividad sea diferente a la población general.	Certeza de la evidencia: 1 Grado de recomendación: A La evidencia proviene de un ensayo clínico aleatorizado, de moderada calidad que muestran que las pacientes con lupus que fueron aleatorizadas a anticonceptivos hormonales o dispositivo intrauterino de cobre.	En mujeres con lupus eritematoso sistémico con o sin evidencia de síndrome antifosfolípido, se puede recomendar el uso de un dispositivo intrauterino de cobre.	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Condición de salud	Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad	Criterios médicos de elegibilidad	
		Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Síndrome antifosfolípidos con o sin lupus eritematoso sistémico	Anticonceptivos hormonales combinados de cualquier clase (combinados o de progestinas en cualquiera de sus formas de presentación)	En mujeres con diagnóstico de síndrome antifosfolípidos no se debe usar anticonceptivos hormonales. En caso de requerirlo por otros requerimientos o que la mujer se encuentre anticoagulada usar progestinas.	No se considera que la efectividad sea diferente a la población general.	Certeza de la evidencia: 2 Grado de recomendación: B La evidencia se basa en un estudio de casos y controles.	No usar anticonceptivos hormonales en mujeres con síndrome antifosfolipídico.	

Nivel de evidencia: 1- Estudios de diagnóstico/pronóstico: La evidencia disponible es sólida e incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y realizados. Estudios de intervención: Al menos un ECA o un meta-análisis de ECA. 2- Estudios de diagnóstico/pronóstico: La evidencia disponible es suficiente para determinar los efectos, pero la confianza en la estimación está limitada por factores como: el número, el tamaño o la calidad de los estudios individuales, la inconsistencia de los resultados entre los estudios individuales, la limitada generalización de los resultados. Estudios de intervención: Estudios controlados (no aleatorios). 3- Estudios de diagnóstico/pronóstico: La evidencia disponible es limitada o insuficiente debido al número o tamaño limitado de los estudios, defectos importantes en el diseño o los métodos del estudio, inconsistencia de los hallazgos entre los estudios individuales, lagunas en la cadena de evidencia, falta de información sobre resultados importantes. Estudios de intervención: Estudios descriptivos, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.

Escalas de valoración del grado de recomendación: A- Basado en evidencia de nivel 1 sin preocupaciones por la validez de la evidencia. B- Basado en la evidencia del nivel 1 pero con preocupaciones sobre la validez de la evidencia; o, recomendaciones extrapoladas de la evidencia del nivel 1; o, basado en la evidencia del nivel 2 sin preocupaciones por la validez de la evidencia. C- Basado en evidencia del nivel 1 o 2 pero con dudas sobre la validez de la evidencia; o, recomendaciones extrapoladas de la evidencia del nivel 2; o, basado en evidencia del nivel 3 sin dudas sobre la validez de la evidencia. D- Opinión de expertos; o, evidencia de la literatura no relacionada con el LES/APS; o, basado en evidencia de nivel 3 pero con dudas sobre la validez de la evidencia.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Evento cerebrovascular

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH), 2019 Guía de práctica clínica Reino Unido
Título	FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception
Financiación	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)	Se debe informar a las mujeres que el uso actual de anticonceptivos hormonales combinados está asociado con un mayor riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico, pero que estos eventos aún son extremadamente poco comunes en las usuarias de dichos anticonceptivos.		Calidad de la evidencia: 2+. Grado de recomendación: C. Una revisión Cochrane (2015) reportó un RR para accidente cerebrovascular isquémico de 1,7 (IC 95 %: 1,5–1,9) para el uso actual de anticonceptivos orales combinados (AOC) en comparación con el no uso. Esto es consistente con los hallazgos de tres metanálisis previos que informaron OR para accidente cerebrovascular isquémico en usuarias actuales de AOC de 1,8 (IC 95% 1,2–2,8), 2,12 (IC 95% 1,56–2,86) y 1,90 (IC 95% 1,24–2,91) en comparación con no uso. Un metanálisis (2015) encontró un OR más alto (OR 2,47; IC 95%: 2,04–2,99) para el primer accidente cerebrovascular isquémico con el uso actual de AOC en comparación con el no uso; sin embargo, el riesgo disminuyó significativamente al disminuir la dosis de estrógeno.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos orales combinados (AOC): Dosis de estrógenos	El uso actual de anticonceptivos hormonales combinados se asocia con un riesgo muy pequeño de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico que parece ser mayor con dosis más altas de estrógeno en anticonceptivos orales combinados.		<p>Calidad de la evidencia: 2+. Grado de recomendación: C. Dosis de estrógeno y riesgo de enfermedad arterial tromboembólica: Una revisión Cochrane y metaanálisis concluyeron que el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica parecía aumentar con dosis más altas de estrógeno en AOC. El metanálisis de Xu Z. (2015) encontró que el OR para accidente cerebrovascular isquémico fue de 1,56 (IC 95 % 1,36–1,79) en mujeres que usaban AOC que contenían 20 µg de Etinilestradiol (EE), 1,75 (IC 95 % 1,61–1,89) para 30–40 µg de EE y 3,28 (IC 95 % IC 2.49–4.32) para ≥50 µg de EE en comparación con el no uso actual de AOC. El estudio de cohorte danés informó un RR de accidente cerebrovascular isquémico de 1,60 (IC 95% 1,37-1,86) para usuarios de 20 µg de EE y 1,75 (IC 95% 1,61-1,92) para usuarios de 30-40 µg de EE en comparación con el no uso. El estudio de cohorte francés (2016) informó un riesgo significativamente menor de accidente cerebrovascular isquémico con el uso de un AOC que contenía 20 µg de EE que con el uso de un AOC que contenía 30–40 µg de EE (RR 0,82; IC del 95 %: 0,70–0,96).</p> <p>Los datos limitados relacionados con el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica asociado con el uso de AOC que contienen estradiol sugieren que el riesgo es similar al asociado con EE.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos orales combinados (AOC): Tipo de progestágeno	El riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico no varía claramente según el tipo de progestágeno.		Calidad de la evidencia: 2+. Grado de recomendación: C. Tipo de progestágeno y riesgo de enfermedad arterial tromboembólica: Una revisión Cochrane (2015) concluyó que el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico no varió claramente según el tipo de progestágeno. Dos revisiones sistemáticas informaron un riesgo similar de accidente cerebrovascular isquémico para las usuarias de AOC de segunda y tercera generación. AOC que contienen Drospiridona (DRSP): un estudio de cohortes encontró que las mujeres que usaban AOC que contenían 30 µg de EE y DRSP tenían un mayor riesgo de enfermedad arterial tromboembólica en comparación con las mujeres que usaban preparaciones de AOC que contenían 20–35 µg de EE y Levonorgestrel (LNG), Noretisterona o Norgestimato, pero este riesgo era menor, solo estadísticamente significativo en mujeres de 35 a 55 años. Por el contrario, los datos del estudio EURAS sugirieron una reducción no significativa en el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica con EE/DRSP en comparación con otros AOC, y la continuación de este estudio informó un riesgo significativamente menor de enfermedad arterial tromboembólica con EE/DRSP en comparación con otros AOC (HR ajustado 0,4; IC 95%: 0,2–0,8). Un estudio de cohorte israelí informó riesgos de enfermedad arterial tromboembólica similares para las usuarias de EE/DRSP y AOC de segunda y tercera generación.
Parche hormonal transdérmico y anillo vaginal combinado	El riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico no		Calidad de la evidencia: 2-. Grado de recomendación: C. Una revisión sistemática reciente identificó un estudio de cohortes

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
	varía claramente según la vía de administración de los anticonceptivos hormonales combinados.		y un estudio de casos y controles que compararon el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica por el uso de parche hormonal transdérmico con el de los AOC que contienen norgestimato; ningún estudio informó una diferencia significativa en el riesgo de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular isquémico. Dos estudios de cohortes prospectivos no se incluyeron en la revisión sistemática porque el grupo de comparación comprendía usuarias de múltiples AOC diferentes; uno informó un riesgo similar de enfermedad arterial tromboembólica para el uso de anillo vaginal combinado que para el uso de (varios) AOC. El otro estudio no encontró diferencias significativas en el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica entre usuarios de parche hormonal transdérmico, anillo vaginal combinado y (varios) AOC.

Infarto agudo de miocardio

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH), 2019 Guía de práctica clínica Reino Unido
Título	FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception
Financiación	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)	Se debe informar a las mujeres que el uso actual de anticonceptivos hormonales combinados está asociado con un mayor riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico, pero que estos eventos aún son extremadamente poco comunes en las usuarias de dichos anticonceptivos.		<p>Calidad de la evidencia: 2+. Grado de recomendación: C. Una revisión Cochrane (2015) de 24 estudios observacionales encontró un riesgo significativamente mayor de IAM para las usuarias actuales de AOC en comparación con las no usuarias (RR 1,6; IC 95 % 1,2–2,1). La revisión incluyó estudios de usuarios de AOC más antiguos con mayor contenido de EE. Tres metanálisis anteriores informaron resultados significativos similares (OR 1.70 (95% IC 1.2–2.3), 1,84 (IC 95 % 1,38–2,44) y 2,48 (IC 95 % 1,91–3,22) para uso actual en comparación con no uso).257–259 Otro metanálisis210 encontró un aumento no significativo del riesgo de IAM asociado con el uso actual de AOC (OR 1,34; IC 95 % 0,87–2,08).</p> <p>Una revisión Cochrane (2015) reportó un RR para accidente cerebrovascular isquémico de 1,7 (IC 95 %: 1,5–1,9) para el uso actual de anticonceptivos orales combinados (AOC) en comparación con el no uso. Esto es consistente con los hallazgos de tres metanálisis previos que informaron OR para accidente cerebrovascular isquémico en usuarias actuales de AOC de 1,8 (IC 95% 1,2–2,8), 2,12 (IC 95% 1,56–2,86) y 1,90 (IC 95% 1.24–2.91) en comparación con no uso. Un metanálisis (2015) encontró un OR más alto (OR 2,47; IC 95%: 2,04–2,99) para el primer accidente cerebrovascular isquémico con el uso actual de AOC en comparación con el no uso; sin embargo, el riesgo disminuyó significativamente al disminuir la dosis de estrógeno.</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
Anticonceptivos orales combinados (AOC): Dosis de estrógenos	El uso actual de anticonceptivos hormonales combinados se asocia con un riesgo muy pequeño de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico que parece ser mayor con dosis más altas de estrógeno en anticonceptivos orales combinados.		<p>Calidad de la evidencia: 2+. Grado de recomendación: C.</p> <p>Un estudio de cohortes (2012) (datos extraídos de bases de datos danesas) – que se incluyó en la Revisión Cochrane: RR informado de IM de 1,4 (IC del 95 %: 1,07–1,81) para usuarios de AOC con 20 µg de EE y 1,88 (IC del 95 %: 1,66–2,13) para usuarias de AOC con 30–40 µg de EE en comparación con los no usuarios. Un metanálisis²⁵⁸ de 19 estudios de casos y controles y cuatro estudios de cohortes encontraron un riesgo significativamente mayor de infarto de miocardio con preparaciones que contenían 30–49 µg de EE (OR 1,97; IC del 95 %: 1,43–2,71), pero no aumentó el riesgo para las preparaciones de 20 µg de EE (OR 0,92; IC del 95 %: 0,21–4,08). Un gran estudio de cohorte francés posterior (2016)²³⁷ informó un riesgo significativamente menor de infarto de miocardio con el uso de COC que contenían 20 µg de EE que con el uso de COC que contenían 30–40 µg de EE (RR 0,74; IC del 95 % 0,67–0,82)</p> <p>Dosis de estrógeno y riesgo de enfermedad arterial tromboembólica: Una revisión Cochrane y metaanálisis concluyeron que el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica parecía aumentar con dosis más altas de estrógeno en AOC. El metanálisis de Xu Z. (2015) encontró que el OR para accidente cerebrovascular isquémico fue de 1,56 (IC 95 % 1,36–1,79) en mujeres que usaban AOC que contenían 20 µg de Etinilestradiol (EE), 1,75 (IC 95 % 1,61–1,89) para 30–40 µg de EE y 3,28 (IC 95 % IC 2.49–4.32) para ≥50 µg de EE en comparación con el no uso actual de AOC. El estudio de cohorte danés informó un RR de accidente cerebrovascular isquémico de 1,60 (IC 95% 1,37-1,86) para usuarios de 20 µg de EE y 1,75 (IC 95% 1,61-1,92) para usuarios de 30-40 µg de EE en comparación con el no uso. El estudio de cohorte francés (2016) informó un riesgo significativamente menor de accidente cerebrovascular</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
			<p>isquémico con el uso de un AOC que contenía 20 µg de EE que con el uso de un AOC que contenía 30–40 µg de EE (RR 0,82; IC del 95 %: 0,70–0,96).</p> <p>Los datos limitados relacionados con el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica asociado con el uso de AOC que contienen estradiol sugieren que el riesgo es similar al asociado con EE.</p>
<p>Anticonceptivos orales combinados (AOC): Tipo de progestágeno</p>	<p>El riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico no varía claramente según el tipo de progestágeno.</p>		<p>Calidad de la evidencia: 2+. Grado de recomendación: C. Tipo de progestágeno y riesgo de IAM: Un metanálisis (2013) no encontró una asociación significativa entre el progestágeno tipo y riesgo de Infarto Agudo al Miocardio. Un estudio de cohorte danés informó un RR para MI de 1,33 a 2,28 para el uso de 30 a 40 µg de AOC de EE que contienen diferentes progestágenos (en comparación con la no utilización de AHC), pero las diferencias en el riesgo entre los progestágenos no fueron significativos. (2012) Dos metanálisis informaron OR para MI en comparación con CHC no uso de 1,13 (IC 95% 0,66-1,92)261 y 1,34 (IC 95% 0,91-1,98)210 para uso de tercera generación AOC, mientras que para los AOC de segunda generación las OR fueron 2,18 (IC 95 % 1,62–2,94)261 y 1,79 (95 % IC 1,16–2,75)210 y para AOC de primera generación, 3,37 (IC 95 % 2,04–5,54).(2013) Un metanálisis (2003) informó un riesgo significativamente mayor de infarto de miocardio para las usuarias de AOC de primera y segunda generación frente a no usuarios (OR 2,21; IC 95% 1,30-3,76; p=0,004) y 2,17 (IC 95% 1,76-2,69; p<0,0005), respectivamente), pero no para usuarias de AOC de tercera generación (OR 1,27; IC 95% 0,96–1,67;</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
			<p>p=0,094).</p> <p>Tipo de progestágeno y riesgo de enfermedad arterial tromboembólica: Una revisión Cochrane (2015) concluyó que el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico no varió claramente según el tipo de progestágeno. Dos revisiones sistemáticas informaron un riesgo similar de accidente cerebrovascular isquémico para las usuarias de AOC de segunda y tercera generación. AOC que contienen Drospiridona (DRSP): un estudio de cohortes encontró que las mujeres que usaban AOC que contenían 30 µg de EE y DRSP tenían un mayor riesgo de enfermedad arterial tromboembólica en comparación con las mujeres que usaban preparaciones de AOC que contenían 20–35 µg de EE y Levonorgestrel (LNG), Noretisterona o Norgestimato, pero este riesgo era menor, solo estadísticamente significativo en mujeres de 35 a 55 años. Por el contrario, los datos del estudio EURAS sugirieron una reducción no significativa en el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica con EE/DRSP en comparación con otros AOC, y la continuación de este estudio informó un riesgo significativamente menor de enfermedad arterial tromboembólica con EE/DRSP en comparación con otros AOC (HR ajustado 0,4; IC 95%: 0,2–0,8). Un estudio de cohorte israelí informó riesgos de enfermedad arterial tromboembólica similares para las usuarias de EE/DRSP y AOC de segunda y tercera generación.</p>
<p>Parche hormonal transdérmico y anillo vaginal combinado</p>	<p>El riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico no varía claramente según la vía de administración de los</p>		<p>Calidad de la evidencia: 2-.</p> <p>Grado de recomendación: C.</p> <p>Una revisión sistemática reciente identificó un estudio de cohortes y un estudio de casos y controles que compararon el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica por el uso de parche hormonal transdérmico con</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Efectividad/seguridad	Efectividad	Seguridad
	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia	Certeza o calidad de la evidencia
	anticonceptivos hormonales combinados.		el de los AOC que contienen norgestimato; ningún estudio informó una diferencia significativa en el riesgo de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular isquémico. Dos estudios de cohortes prospectivos no se incluyeron en la revisión sistemática porque el grupo de comparación comprendía usuarias de múltiples AOC diferentes; uno informó un riesgo similar de enfermedad arterial tromboembólica para el uso de anillo vaginal combinado que para el uso de (varios) AOC. El otro estudio no encontró diferencias significativas en el riesgo de enfermedad arterial tromboembólica entre usuarios de parche hormonal transdérmico, anillo vaginal combinado y (varios) AOC.

Clasificación de los niveles de evidencia:

1++ : Revisiones sistemáticas de alta calidad o meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados controlados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo bajo; 1+ : Revisiones sistemáticas bien desarrolladas o meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados controlados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo bajo; 1- : Revisiones sistemáticas o meta-análisis de experimentos clínicos controlados aleatorizados o de experimentos clínicos aleatorizados controlados con un riesgo de sesgo alto; 2++ : Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de estudios de cohortes o de estudios de casos y controles de alta calidad o de estudios de cohortes con un muy bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal; 2+ : Estudios de casos y controles o de cohortes bien realizados con un bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una probabilidad moderada de que la relación sea causal; 2- : Estudios de casos y controles o de cohortes con un alto riesgo de confusión, sesgo o azar y un riesgo significativo de que la relación no sea causal; 3 : Estudios no analíticos (ej: reporte de caso, series de casos); 4 : Opinión de expertos. Grados de las recomendaciones:

A : Al menos una revisión sistemática, un meta-análisis o un experimento clínico aleatorizado controlado calificado como 1++, y directamente aplicable a la población diana; o una revisión sistemática de experimento clínico aleatorizado controlado o un conjunto de evidencias compuesto principalmente por estudios calificados como 1+, directamente aplicables a la población diana y que demuestren la consistencia general de los resultados; B : Un conjunto de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada evidencia extrapolada de estudios calificados como 1++ o 1+; C : Un conjunto de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren la consistencia general de los resultados; o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2++; D : Nivel de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+; ✓ Puntos de buenas prácticas basados en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de las directrices.

Subgrupos poblacionales

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	Lavelanet, 2020
--	-----------------

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Título	A systematic review exploring the contraception values and preferences of sex workers, transmasculine individuals, people who inject drugs, and those living in humanitarian contexts
Financiación	Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.
Resultados o recomendación	<p>Valores y preferencias trabajadores sexuales</p> <p>Condón femenino: Los temas comunes incluían los sentimientos en torno a la eficacia y la seguridad percibidas, y las percepciones y preocupaciones sobre los impactos en la experiencia sexual. Todos los estudios describieron valores y preferencias relacionados con de los impactos en la experiencia sexual, con algunos participantes expresaron su preocupación por la interferencia en las relaciones sexuales debido al ruido y la incomodidad</p> <p>Valores y preferencias de las personas transmasculinas Mientras que algunas valoraban los métodos anticonceptivos que contenían estrógenos como método para controlar la menstruación, las que tomaban testosterona solían evitar los estrógenos por temor a posibles interacciones; para algunas, esto significaba también evitar los preservativos debido al adelgazamiento del revestimiento vaginal</p> <p>Valores y preferencias de las personas que se inyectan drogas Los participantes en ambos estudios valoraron la eficacia y la seguridad, expresando preocupaciones negativas relacionadas con los efectos secundarios, y apreciando los métodos que proporcionan una doble protección contra los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Valores y preferencias de quienes viven en contextos humanitarios Todos los estudios describieron valores y preferencias relacionados con el espaciamiento de los nacimientos y los resultados familiares En el Reino Unido, las entrevistas en profundidad realizadas a diez solicitantes de asilo chinos de habla mandarín revelaron la gran importancia de los efectos hormonales ya que los cambios en la menstruación se consideraban anormales y debían evitarse Las mujeres describieron su aprecio por la flexibilidad en el autocontrol sobre el espaciamiento de los nacimientos.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Autor, año Tipo de estudio o publicación origen	Bonnington, 2020
Título	Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth
Financiación	National Institute of Diabetes, Digestive, and Kidney Disorders

		Efectividad y seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia <i>Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación</i>
General	Para los pacientes que toman terapia de testosterona para reafirmación de género, los proveedores deben extrapolar lo que se sabe sobre la testosterona y estos métodos anticonceptivos por separado para tomar decisiones sobre cómo sus interacciones podrían afectar a los pacientes.	Certeza de la evidencia: C Grado de recomendación: 2 Con base en consenso de expertos.
General	La testosterona no debe usarse como anticonceptivo.	Certeza de la evidencia: B Grado de recomendación: 1 Basada en consenso. Los patrones de menstruación de las pacientes con terapia de testosterona no necesariamente se correlacionan con su estado de ovulación y potencial reproductivo.
General	Se debe asesorar a las pacientes que dan prioridad a la eficacia al elegir un método anticonceptivo sobre la base de los datos disponibles para mujeres cisgénero, con una discusión sobre el efecto adicional de la testosterona en la capacidad de quedar embarazada.	Certeza de la evidencia: C Grado de recomendación: 2 Basado en consenso. Información de efectividad mujeres cisgénero de CDC
Progestinas	Las progestinas se pueden usar para limitar el sangrado y la dismenorrea en pacientes con TGD que toman testosterona.	Certeza de la evidencia: B Grado de recomendación: 1 Con base en 2 encuestas y en el USMEC 2016

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Efectividad y seguridad
Anticonceptivos que contienen estrógenos	Se puede considerar la administración continua de anticonceptivos que contienen estrógenos para pacientes que prefieren evitar el sangrado.	<p>Certeza o calidad de la evidencia <i>Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación</i></p> <p>Certeza de la evidencia: C Grado de recomendación: 2 Basado en experiencia clínica de los expertos. Dada la falta de datos sobre los posibles riesgos, efectos secundarios y beneficios específicos de las personas con TGD que usan testosterona de afirmación de género en combinación con anticonceptivos que contienen estrógeno, es razonable considerar evitar estos productos a menos que haya un claro beneficio para el paciente o una fuerte preferencia del paciente. . Para los pacientes que eligen usar productos que contienen estrógeno, los proveedores pueden considerar productos con una dosis más baja de estrógeno para reducir el riesgo de efectos adversos, aunque no hay datos publicados que respalden esta decisión y las dosis más bajas de estradiol pueden provocar un aumento del sangrado no programado.</p>
General	Todos los métodos anticonceptivos actualmente disponibles se pueden considerar para su uso en pacientes con TGD, incluidos aquellos que actualmente o anteriormente recibieron terapia de testosterona para reafirmar el género, teniendo en cuenta las contraindicaciones médicas comúnmente aceptadas en mujeres cisgénero.	<p>Certeza de la evidencia: C Grado de recomendación: 1</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

		Efectividad y seguridad
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia <i>Breve descripción de la evidencia que soporta la recomendación</i>
Anticonceptivo hormonal combinado (Parche transdérmico)	Puede ser menos efectivo para pacientes que pesan más de 90 kg (190 lbs).	No aplica (información complementaria)
Anticonceptivo hormonal combinado (Anillo Intravaginal)	Un solo anillo que contiene etinilestradiol más etonogestrel es efectivo hasta por seis semanas si se usa continuamente, aunque los patrones de sangrado probablemente sean menos predecibles	No aplica (información complementaria)
Esterilización	Antes de la anticoncepción permanente, se debe asesorar a las pacientes acerca de los datos limitados sobre los tratamientos de fertilidad en pacientes con TGD con tasas de éxito impredecibles, incluso si se han realizado tratamientos de preservación de la fertilidad con anterioridad.	Certeza de la evidencia: C Grado de recomendación: 1

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Criterios médicos de elegibilidad		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Menor efectividad para pacientes con ciclos irregulares, lo que puede ser más común para las personas TGD al inicio debido a una variedad de factores (p. ej., amenorrea en la terapia con testosterona).	No aplica (información complementaria)
Inyectable (subcutáneo o intramuscular)	Puede causar aumento de peso en algunos pacientes; considere evitar en pacientes que experimentan aumento de peso con el uso de testosterona para reafirmar el género.	No aplica (información complementaria)
Píldora de progestágeno solo	Un “paquete de píldoras” puede ser una “asociación femenina” angustiosa para algunos pacientes. Es posible que los pacientes que usan terapia diaria con testosterona (por ejemplo, tópica) ya tengan una rutina que hace que sea especialmente fácil tomar una píldora de manera confiable a la misma hora todos los días.	No aplica (información complementaria)
Anticonceptivo hormonal combinado (Anillo Intravaginal)	Un solo anillo que contiene etinilestradiol más acetato de segesterona se usa repetidamente de manera cíclica hasta por un año; considerar para los pacientes que desean limitar las interacciones con el sistema de atención médica. Considerar para pacientes con atrofia vaginal.	No aplica (información complementaria)

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
Diafragma	Si utiliza diafragma ajustado, tenga en cuenta que algunas pacientes transgénero tienen hijos y que la adaptación es diferente después de que una persona haya tenido un parto vaginal. Las pacientes con atrofia vaginal pueden necesitar un tratamiento continuo con estrógenos vaginales para minimizar las molestias con la	No aplica (información complementaria)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	colocación/extracción. Se debe advertir a los pacientes que el uso de nonoxinol nueve puede tener efectos perjudiciales sobre los lactobacilos, alterar el revestimiento epitelial vaginal y rectal y crear descamación que puede causar ulceración epitelial.	
Condón externo	Fomentar el uso en combinación con otros métodos anticonceptivos para aumentar la eficacia. Las pacientes con atrofia vaginal pueden necesitar un tratamiento continuo con estrógenos vaginales si el condón causa irritación, pero las formulaciones de estrógenos a base de aceite no deben usarse junto con condones de látex o poliisopreno.	No aplica (información complementaria)
Condón interno (llamado "condón femenino" en algunos espacios)	Los productos sin látex no requieren condiciones especiales de almacenamiento y no se debilitan con lubricantes a base de aceite o formulaciones de estrógenos vaginales a base de aceite.	No aplica (información complementaria)
Método de retiro	Eficacia mejorada por la comunicación con la pareja para garantizar una alta probabilidad de cooperación. El uso complementario de métodos de control de la fertilidad, condones o espermicidas puede aumentar la eficacia.	No aplica (información complementaria)
Espermicida	No recomendado para pacientes con vaginosis bacteriana recurrente o crónica. Puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH, particularmente en pacientes que participan en actividades sexuales de alto riesgo. Se debe advertir a los pacientes que el uso de nonoxinol nueve puede tener efectos perjudiciales sobre los lactobacilos, alterar el revestimiento	No aplica (información complementaria)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	epitelial vaginal y rectal y crear descamación que puede causar ulceración epitelial.	
Implante subcutáneo	<p>El sangrado molesto se puede controlar con suplementos de inhibidores de estrógenos y prostaglandinas, como ibuprofeno o naproxeno, pero la experiencia clínica de expertos sugiere que el sangrado irregular es menos probable en pacientes que ya tienen amenorrea y reciben terapia con testosterona.</p> <p>La experiencia clínica sugiere que el implante tiene una capacidad sinérgica para inducir amenorrea más rápidamente cuando se inicia la terapia con testosterona.</p>	No aplica (información complementaria)
Inyectable (subcutáneo o intramuscular)	<p>Puede causar cambios clínicamente insignificantes en los perfiles de lipoproteínas; considere un control más estricto de los niveles de lípidos séricos en pacientes que experimentan cambios en los lípidos con el uso de testosterona para reafirmar el género.</p> <p>Una vez que se suspende el método, puede haber un retraso en la reversión de los efectos anticonceptivos o posibles efectos secundarios debido a la larga duración de la acción desde el momento de la inyección.</p> <p>Es posible la autoinyección subcutánea en casa; considere para los pacientes que desean limitar las interacciones con los sistemas de atención médica o tienen otras barreras para las visitas al consultorio</p>	No aplica (información complementaria)
Anticonceptivo hormonal combinado (píldora)	<p>Si requiere una medición de la presión arterial antes de la prescripción, considere las formas en que los pacientes pueden hacerlo fuera de un entorno clínico.</p> <p>Las progestinas con propiedades androgénicas más altas, como la noretindrona, el levonorgestrel y el gestodeno, pueden ser más atractivas para algunas pacientes.</p>	No aplica (información complementaria)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Orientaciones para la provisión efectiva y oportuna		
Método anticonceptivo	Resultados o recomendación	Certeza o calidad de la evidencia
	<p>Un “paquete de píldoras” puede ser una “asociación femenina” angustiosa para algunos pacientes. Es posible que los pacientes que usan terapia diaria con testosterona (por ejemplo, tópica) ya tengan una rutina que hace que sea especialmente fácil tomar una píldora de manera confiable a la misma hora todos los días.</p> <p>Considere prescribir continuamente para pacientes que desean evitar el sangrado y que ya tienen amenorrea debido a la terapia con testosterona.</p>	
Anticonceptivo hormonal combinado (Parche transdérmico)	<p>Si requiere una medición de la presión arterial antes de la prescripción, considere las formas en que los pacientes pueden hacerlo fuera de un entorno clínico.</p> <p>Es posible que los pacientes que usan terapia de testosterona semanal ya tengan una rutina semanal (por ejemplo, inyecciones intramusculares) que hace que sea especialmente fácil recordar reemplazar el parche al mismo tiempo.</p>	No aplica (información complementaria)
Anticonceptivo hormonal combinado (Anillo Intravaginal)	<p>Si requiere una medición de la presión arterial antes de la prescripción, considere las formas en que los pacientes pueden hacerlo fuera de un entorno clínico.</p>	No aplica (información complementaria)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Anexo 7. Descripción de métodos anticonceptivos disponibles en Colombia

Anillos vaginales de etonogestrel/ etinilestradiol

Clasificación	Anillos vaginales
Principio(s) activo(s)	Etonogestrel / etinilestradiol
Forma farmacéutica	Anillo vaginal
Concentración	Etonogestrel / etinilestradiol: 11 mg/3,474 mg (Exelring, Stania) ; 11,7mg/2,7mg (Nuvaring)
Indicaciones	Anticonceptivo(41)
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron vaginitis, dolor de cabeza, cambios de humor, eventos relacionados con el dispositivo (expulsión, malestar, sensación de cuerpo extraño), náuseas/vomito, flujo vaginal, aumento de peso, dolor o malestar en los senos, dismenorrea, dolor abdominal, acné, disminución de la libido(42).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Una mujer puede iniciar a usar el anillo vaginal en un plazo de cinco días a partir del inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional tras el implante de este método. También puede empezar a usarlos luego de de cinco días de inicio del sangrado menstrual si se tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días (43).
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas. Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. Tumores hepáticos o enfermedad hepática. Sangrado uterino anormal no diagnosticado. Embarazo. Hipersensibilidad, incluyendo anafilaxia y angioedema a cualquiera de los componentes(42).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> Suspenda el uso si ocurre un evento trombótico. Deje de usar el anillo al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. Si se presentan signos o síntomas de shock tóxico iniciar evaluación y tratamiento médico apropiado. Suspenda el uso del anillo si se desarrolla ictericia. Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anillo si la presión arterial aumenta significativamente. Monitoree mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. Evalúe si ocurre sangrado irregular o amenorrea(42).
Aprobación vigente en Colombia	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	Stania ® (RS INVIMA 2020M-0019764); Exelring ® (RS INVIMA 2020M-0019681); Nuvaring ® (RS INVIMA 2008M-0008375)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El etonogestrel se une a los receptores de progesterona y estrógeno en los órganos del aparato reproductor femenino. Este fármaco disminuye los niveles de hormona liberadora de gonadotropina y hormona luteinizante. El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44).
Dosificación	El anillo debe permanecer de forma continua durante tres semanas, seguido de una semana de intervalo sin anillo(42).

Anticonceptivos orales combinados de dienogest / etinilestradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados
Principio(s) activo(s)	Dienogest / Etinilestradiol
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	Dienogest / Etinilestradiol : 2mg/ 0,03 mg
Indicaciones	Anticonceptivo hormonal con propiedades antiandrogénicas, útil en el tratamiento de los síntomas de androgenización como acné, hirsutismo y seborrea(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos son dolores de cabeza, molestias en los senos, acné, incremento de peso y sangrado uterino irregular(45).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede iniciar el uso del anticonceptivo oral en un plazo de cinco días a partir el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional tras el implante de este método. También puede iniciarlo a partir del día 5 tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. Tumores hepáticos o enfermedad hepática. Sangrado uterino anormal no diagnosticado. Embarazo(45).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. Deje de usar el anticonceptivo oral al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	<ul style="list-style-type: none"> Suspenda el uso del anticonceptivo oral si se desarrolla ictericia. Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo oral si la presión arterial aumenta significativamente. Monitoreo en mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. Evalúe si se presenta sangrado irregular o amenorrea. Monitoreo de constantes dolores de cabeza, descontinúe el anticonceptivo si es lo indicado. Las mujeres que tomen inductores de la enzima CYP3A4 (carbamazepina, fenitoina) no deberían usar este tipo de anticonceptivos orales debido a la disminución de la eficacia del anticonceptivo(45).
Aprobación vigente en Colombia	Bellaface ® (RS INVIMA 2018M-0009470-R1); Gianda ® (RS INVIMA 2019M-0009887-R1); Yael ® (RS INVIMA 2022M-0011563-R2); Acotol ex®(RS INVIMA 2019M-0013335-R1)(41).
Descripción del mecanismo de acción	Dienogest es un agonista de la progesterona, pero con un efecto progestagenico muy potente en el endometrio. Promueve efectos antiproliferativos y antiangiogenicos del tejido endometrial. El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44,46).
Dosificación	Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blíster. No omite ni retrase la ingesta más de 12 horas(45).

Anticonceptivos orales combinados de noretisterona / etinilestradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados.
Principio(s) activo(s)	Noretisterona / etinilestradiol.
Forma farmacéutica	Tableta oral.
Concentración	Noretisterona / Etinilestradiol : 1mg/ 0,02 mg.
Indicaciones	Sangrado disfuncional, programación de la menstruación(41).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron náusea/vomito, dolor de cabeza, cambios de humor, flujo vaginal anormal, dismenorrea, vaginitis, aumento de peso, dolor o malestar en los senos y acné(47).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede iniciar el anticonceptivo oral dentro de los cinco días siguientes al inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional tras el uso de este método. También se puede usar a partir del día 5 s tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas • Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Embarazo(47).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. Deje de usar el anticonceptivo oral al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. • Suspenda el uso del anticonceptivo oral si se desarrolla ictericia. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo oral si la presión arterial aumenta significativamente. • Monitoreo en mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. • Evalúe si ocurre sangrado irregular o amenorrea. • Monitoreo de constantes dolores de cabeza, descontinúe el anticonceptivo si es lo indicado. • Evalúe si ocurre sangrado irregular o amenorrea(47).
Aprobación vigente en Colombia	Primosiston® (RS INVIMA 2020M-003818-R4)(41).
Descripción del mecanismo de acción	La noretisterona aumenta el contenido celular y la viscosidad de moco para impedir el transporte y la migración de los espermatozoides. También actúa suprimiendo la liberación de hormona estimulante del folículo y la hormona luteinizante. El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Dosificación	Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días durante 28 días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blíster. Las tabletas se pueden tomar independientemente del horario de las comidas(47).
--------------	--

Anticonceptivos orales combinados de drospirenona/etinilestradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados
Principio(s) activo(s)	Drospirenona/etinilestradiol
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	Drospirenona/etinilestradiol: 3mg/0,03mg.
Indicaciones	Anticonceptivo oral, con efectos antimineralocorticosteroides y antiandrogénicos(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron dolor de cabeza, irregularidades menstruales, cambios de humor, náuseas/vómito, y dolor o malestar en los senos(48).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia renal. Insuficiencia suprarrenal. Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas. Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. Tumores hepáticos o enfermedad hepática. Sangrado uterino anormal no diagnosticado. Embarazo(48).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. Deje de usar el anticonceptivo al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. Los anticonceptivos con drospirenona se asocian con un

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	<p>mayor riesgo de tromboembolismo venoso que aquellos que contienen levonorgestrel u otras progestinas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La drospirenona tiene actividad antimineralocorticoide. No la use en pacientes con predisposición a la hiperkalemia. • Suspenda el uso del anticonceptivo si se desarrolla ictericia. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el anticonceptivo si la presión arterial aumenta significativamente. • Monitoree mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. • Monitoreo de constantes dolores de cabeza, descontinúe el anticonceptivo si es lo indicado. • Evalúe si ocurre sangrado irregular o amenorrea(48).
Aprobación vigente en Colombia	Yasmin® (RS INVIMA 2016M-015030-R2); Femelle® (RS INVIMA 2019M-0003438-R2); Yax® (RS INVIMA 2020M-0004318-R2); Veroniq® (RS INVIMA 2022M-0008390-R1)(41)
Descripción del mecanismo de acción	La drospirenona y el etinilestradiol en combinación suprimen la liberación de la hormona estimulante del foliculo (FSH) y la hormona luteinizante (LH), lo que impide la ovulación. El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44).
Dosificación	Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blister(48).

Anticonceptivos orales combinados de levonorgestrel/ etinilestradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados
Principio(s) activo(s)	Levonorgestrel/ etinilestradiol
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	Levonorgestrel/ etinilestradiol: 0,15mg/0,03mg
Indicaciones	Anticonceptivo oral(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron dolor de cabeza, irregularidades menstruales,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	dolor abdominal, nauseas/vomito, mareo y dolor o malestar en los senos(49).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal. • Insuficiencia suprarrenal. • Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas. • Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Embarazo(49).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. Deje de usar el anticonceptivo al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo si la presión arterial aumenta significativamente. • Monitoree mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. • Evalúe si ocurre sangrado irregular o amenorrea(49).
Aprobación vigente en Colombia	Microgynon 30® (RS INVIMA 2021M-000145-R5); Nordette®grageas (RS INVIMA 2022M-014475-R3); Lindella® (RS INVIMA 2014M-0003060-R1); Sinovul® (RS INVIMA 2018M-0007478-R1)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El levonorgestrel ayuda a suprimir las gonadotropinas, inhibiendo la ovulación. Adicionalmente, previene el embarazo al aumentar el grosor de la mucosidad cervical, interferir con el movimiento y supervivencia de los espermatozoides e inducir cambios en el endometrio. El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44).
Dosificación	Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blister(49).

Anticonceptivos orales combinados de clormadinona/ etinilestradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados
Principio(s) activo(s)	Clormadinona / etinilestradiol
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	Clormadinona / etinilestradiol: 2mg/0,03mg
Indicaciones	Anticonceptivo oral. tratamiento del acné(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron nauseas, dismenorrea, irritabilidad, mareo, alteraciones visuales, acné, dolor abdominal, aumento de presión sanguínea(50).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial no controlada • Diabetes mellitus no controlada • Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas. • Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Depresión grave. • Hepatitis, ictericia(50).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. Deje de usar el anticonceptivo al menos 4 semanas antes y 2 semanas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	<p>después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tabaquismo aumenta el riesgo de reacciones adversas cardiovasculares graves, particularmente en mujeres fumadoras mayores de 35 años. En estos casos, se debe utilizar otro método anticonceptivo. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo si la presión arterial aumenta significativamente. • En caso de que se presenten alteraciones agudas o crónicas de la función hepática puede ser necesario interrumpir el anticonceptivo hasta que los valores de función hepática vuelvan a la normalidad(50).
Aprobación vigente en Colombia	Gynorelle 30® (RS INVIMA 2018M-0018256); Adella® (RS INVIMA 2018M-0014175-R1); Omura® (RS INVIMA 2021M-0020376); Belara® (INVIMA 2016M-015077-R2)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El acetato de clormadinona es un derivado de la progesterona que suprime la secreción de gonadotropinas y por lo tanto, reduce la producción de andrógenos ováricos, inhibiendo el crecimiento y la maduración folicular de la ovulación. El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44).
Dosificación	Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blíster(50).

Anticonceptivos orales combinados de ciproterona/ etinilestradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados
Principio(s) activo(s)	Ciproterona / etinilestradiol
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	Ciproterona / etinilestradiol: 2mg/0,02mg
Indicaciones	Tratamiento de acné, androgénesis, carcinoma de próstata, síndrome de ovario poliquístico(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron náuseas, dismenorrea, irritabilidad, mareo,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

	alteraciones visuales, acné, dolor abdominal, aumento de presión sanguínea(51).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial no controlada • Diabetes mellitus no controlada • Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas. • Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Depresión grave. • Hepatitis, ictericia(51).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. Deje de usar el anticonceptivo al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. • El tabaquismo aumenta el riesgo de reacciones adversas cardiovasculares graves, particularmente en mujeres fumadoras mayores de 35 años. En estos casos, se debe utilizar otro método anticonceptivo. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo si la presión arterial aumenta significativamente. • En caso de que se presenten alteraciones agudas o crónicas de la función hepática puede ser necesario interrumpir el anticonceptivo hasta que los valores de función hepática vuelvan a la normalidad(51).
Aprobación vigente en Colombia	Donabella ® (RS INVIMA 2016M-0016740); Diane ® 35 (RS INVIMA 2015M-0003385-R1); Isbela ® (RS INVIMA 2015M-0003385-R1)(41)
Descripción del mecanismo de acción	La ciproterona ejerce una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-pituitario, al inhibir la secreción de la hormona luteinizante.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	El etinilestradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona gonadotrofica, espesando el moco cervical para evitar el viaje de los espermatozoides y evitando cambios en el endometrio requeridos para la implantación de un ovulo fertilizado(44).
Dosificación	Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blister(51).

Anticonceptivos orales con progestágeno solo – desogestrel

Clasificación	Anticonceptivo oral con progestágeno solo
Principio(s) activo(s)	Desogestrel
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	0,075 mg
Indicaciones	Alternativo en anticoncepción oral, en particular si están contraindicados los estrógenos y en mujeres lactantes(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron alteración del estado de ánimo, dolor de cabeza, náuseas/vomito, acné, dolor o malestar en los senos, aumento de peso, dismenorrea, disminución de la libido(52).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno tromboembólico venoso activo. • Presencia o antecedentes de trastornos hepáticos graves. • Existencia o sospecha de neoplasias malignas influenciadas por los esteroides sexuales. • Hemorragia vaginal no diagnosticada. • Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes(52).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombótico. Deje de usar el anticonceptivo al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. • Si tiene cáncer de mama u otro cáncer o el riesgo de padecerlo, comunique con su médico, quien evalúa el riesgo/beneficio de ser interrumpido. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo si la presión arterial aumenta significativamente.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	<ul style="list-style-type: none"> La eficacia puede verse reducida en el caso que olvide tomar algún comprimido, alteraciones gastrointestinales, o medicaciones concomitantes que reduzcan la concentración plasmática de etonogestrel, el metabolito activo de desogestrel(52).
Aprobación vigente en Colombia	Cerazette ® (RS 2021M-0001047-R2) ; Desabela ® (RS INVIMA 2021M-0016256-R1); Arlette 28 ® (RS INVIMA 2021M-0016256-R1); Tejana ® (RS INVIMA 2021M-0016852-R1)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El desogestrel ingresa a la célula y actúa uniéndose selectivamente al receptor de progesterona y generando una baja actividad androgénica. El metabolito del desogestrel, etonogestrel se une a los receptores de progesterona y estrógeno en los órganos del aparato reproductor femenino. Este fármaco disminuye los niveles de hormona liberadora de gonadotropina y hormona luteinizante(44)
Dosificación	Los comprimidos deben tomarse cada día a la misma hora. El primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación. Posteriormente, se toma 1 comprimido al día de forma continua, aun cuando se produzcan sangrados. Se debe empezar un nuevo blister al finalizar el anterior(52).

Dispositivo intrauterino (DIU)

Clasificación	Dispositivo intrauterino (DIU)
Principio(s) activo(s)	-
Forma farmacéutica	-
Concentración	-
Indicaciones	El dispositivo intrauterino de cobre y plata está indicado para la anticoncepción intrauterina en mujeres en edad fértil(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes informadas son: sangrado entre periodos menstruales, dolores menstruales, cólicos o alto sangrado menstrual(53).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de doce días desde el inicio del sangrado menstrual. Puede insertarse un DIU-Cu cuando le resulte conveniente a la mujer, no solo durante la menstruación. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional(43).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo o retraso menstrual Enfermedad pélvica inflamatoria. Cáncer de mama, útero o cuello del útero. Infección del cuello del útero, canal vaginal o útero. Presencia de miomas que afecten la forma del útero. Alergia al cobre(53).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> La T de cobre estéril es para uso único y no debe ser reutilizada. Los DIU-Cu pueden aumentar la pérdida sanguínea menstrual y la dismenorrea. No debería ser el primer método de elección para mujeres con hemorragia menstrual excesiva, anemia, dismenorrea o mujeres que reciben anticoagulantes. Puede usarse con precaución en mujeres con enfermedad cardíaca congénita o enfermedad vascular con riesgo de endocarditis infecciosa. Debe administrarse profilaxis antibiótica a estas pacientes cuando se introduce o extrae el DIU. Los síntomas de expulsión parcial o completa de un DIU pueden incluir hemorragia y dolor. Un dispositivo puede expulsarse de la cavidad uterina sin que la mujer lo note. Esto puede disminuir la eficacia del DIU. Un dispositivo desplazado debe extraerse e introducirse de nuevo(53).
Aprobación vigente en Colombia	Dispositivo intrauterino ANDALAN SILVERFLEX (RS INVIMA 2018DM-0018633); Dispositivo intrauterino ANDALAN (RS INVIMA 2018DM-0019158); Dispositivo intrauterino MERITE TM (RS INVIMA 2018DM-0018124); Dispositivo intrauterino PREGNA (RS INVIMA 2020DM-0021551)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El DIU funciona impidiendo la fertilización. El DIU libera iones de cobre en la cavidad uterina que son tóxicos para los espermatozoides que ingresan al útero y trompas de Falopio. El DIU hormonal libera 20 microgramos de levonorgestrel cada día que espesa el moco cervical e inhibe el movimiento y viabilidad de los espermatozoides. Ambos DIU afectan el revestimiento endometrial y previenen la implantación de un óvulo fertilizado(44).
Dosificación	El DIU-Cu se inserta en la cavidad uterina por médicos/profesionales sanitarios calificados. El dispositivo tiene una eficacia de 5 años, tiempo tras el cual el dispositivo debe ser retirado(53).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

DIU liberador de hormonas

Clasificación	DIU liberador de hormonas
Principio(s) activo(s)	Levonorgestrel micronizado
Forma farmacéutica	Dispositivo intrauterino
Concentración	52 mg(Mirena) ; 13,5mg(Jaydess, Kyleena);
Indicaciones	Anticoncepción, menorragia idiopática y en la profilaxis de la hiperplasia del endometrio(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 10 %) informadas en los ensayos clínicos fueron cambios o alteración en el patrón del ciclo menstrual, sangrado, dolor abdominal y/o pélvico, dolor de cabeza, vaginitis, secreción vaginal, migraña(54).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Una mujer puede comenzar a usar el dispositivo intrauterino, en un lapso de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, también puede empezar a usarlo en cualquier momento, no solo durante la menstruación, solo si tiene la certeza de no estar embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo conocido o sospechado. • Tumores hepáticos, benignos o malignos, o enfermedad hepática activa. • Anomalía uterina congénita del útero y/o vagina • Enfermedad inflamatoria pélvica, causadas por algunas ETS • Endometritis postparto o aborto. • Neoplasia uterina o cervical. • Cáncer de mama conocido o sospechado, antecedentes personales de cáncer u otro cáncer ahora o en el pasado • Un dispositivo intrauterino (DIU) anterior que no se haya extraído. • Reacción alérgica a cualquier componente del producto(54).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de inserción y extracción: pueden presentarse dolor, parestesias, sangrado, hematoma, cicatrización o infección. • Embarazos ectópicos: Esté alerta a la posibilidad de un embarazo ectópico en mujeres que usan el implante que quedan embarazadas o se quejan de dolor abdominal bajo. • Enfermedad inflamatoria pélvica: retire el implante si se presenta dolor pélvico. • Los sangrados se pueden aumentar, permanecer irregulares o presentar amenorrea. • Puede sobrevenir una expulsión parcial o total del dispositivo(54).
Aprobación vigente en Colombia	Mirena ® (RS INVIMA 2009 M-012866-R1); Jaydess ® (RS INVIMA 2014M-0002181-R1); Kyleena ® (RS INVIMA 2018M-0018405)(41).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Descripción del mecanismo de acción	El levonorgestrel disminuye los receptores endometriales de estrógenos y progesterona, haciendo el endometrio insensible al estradiol circulante y observándose un fuerte efecto antiproliferativo. El espesamiento del moco cervical previene el paso del espermatozoides a través del canal cervical. El medio local del útero y de las trompas inhibe la motilidad y funcionalidad espermáticas, previniendo la fertilización(44).
Dosificación	Un (1) dispositivo intrauterino de levonorgestrel micronizado es efectivo durante 5 años(54).

Implantes subdérmicos de etonogestrel (3 años)

Clasificación	Implantes subdérmicos de 3 años
Principio(s) activo(s)	Etonogestrel
Forma farmacéutica	Implante subdérmico
Concentración	68 mg
Indicaciones	Anticonceptivo (41)
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes ($\geq 10\%$) informadas en los ensayos clínicos fueron cambios en el patrón de sangrado menstrual, dolor de cabeza, vaginitis, aumento de peso, acné, dolor en los senos, dolor abdominal y faringitis (55).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Una mujer puede comenzar a usar el implante subdérmico de solo progestágeno, en un lapso de 7 días desde el comienzo del sangrado menstrual. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Una mujer puede usar el implante después del día 7 del inicio del sangrado menstrual, solo si está segura de no estar embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo conocido o sospechado. Antecedentes actuales o pasados de trombosis o trastornos tromboembólicos. Tumores hepáticos, benignos o malignos, o enfermedad hepática activa. Sangrado genital anormal no diagnosticado. Cáncer de mama conocido o sospechado, antecedentes personales de cáncer de mama cáncer u otro cáncer sensible a la progestina, ahora o en el pasado. Reacción alérgica a alguno de los componentes del producto(55).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de inserción y extracción: pueden presentarse dolor, parestesias, sangrado, hematoma, cicatrización o infección. • Embarazos ectópicos: Esté alerta a la posibilidad de un embarazo ectópico en mujeres que usan el implante que quedan embarazadas o se quejan de dolor abdominal bajo. • Enfermedad hepática: retire el implante si se presenta ictericia. • Presión arterial elevada: el implante debe retirarse si la presión arterial aumenta significativamente y se descontrola. • Efectos metabólicos de carbohidratos y lípidos: controle a las mujeres prediabéticas y diabéticas que utilizan el implante(55).
Aprobación vigente en Colombia	Implanon© (RS INVIMA 2018M-0006318-R1)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El etonogestrel se une a los receptores de progesterona y estrógeno en los órganos del aparato reproductor femenino. Este fármaco disminuye los niveles de hormona liberadora de gonadotropina y hormona luteinizante(44).
Dosificación	Un (1) implante subdérmico de etonogestrel es efectivo durante 3 años(55).

Anticonceptivos orales combinados de dienogest / valerato de estradiol

Clasificación	Anticonceptivos orales combinados
Principio(s) activo(s)	Dienogest / valerato de estradiol
Forma farmacéutica	Tableta oral
Concentración	Comprimido 1: Dienogest / Valerato de estradiol: 2mg/ 3 mg Comprimido2:: Dienogest / Valerato de estradiol : 2mg/ 2 mg Comprimido 3: Dienogest / Valerato de estradiol: 2mg/ 3 mg Comprimido 4: Dienogest / Valerato de estradiol: 1mg/ 3 mg

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Indicaciones	Anticoncepción oral, tratamiento de hemorragia menstrual prolongada y / o abundante en mujeres sin patología orgánica que desean anticoncepción oral(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos son dolores de cabeza, molestias en los senos, acné, incremento de peso y sangrado uterino irregular(56).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas • Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Embarazo(56).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombótico. Deje de usar el anticonceptivo oral al menos 4 semanas antes y 2 semanas después de una cirugía mayor. No lo use antes de 4 semanas después del parto, en mujeres que no estén amamantando. • Suspenda el uso del anticonceptivo oral si se desarrolla ictericia. • Si se usa en mujeres con hipertensión, suspenda el uso del anticonceptivo oral si la presión arterial aumenta significativamente. • Monitoreo en mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. • Evalúe si ocurre sangrado irregular o amenorrea. • Monitoreo de constantes dolores de cabeza, descontinúe el anticonceptivo si es lo indicado. • Las mujeres que tomen inductores de la enzima CYP3A4 (carbamazepina, fenitoina) no deberían usar este tipo de anticonceptivos orales debido a la disminución de la eficacia del anticonceptivo(56).
Aprobación vigente en Colombia	Qlaira ® (RS INVIMA 2010M-0010708); Evely ® (RS INVIMA 2018M-0013906-R1); Rubi ® (RS INVIMA 2021M-0020044)(56).
Descripción del mecanismo de acción	

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	<p>Dienogest es un agonista de la progesterona, pero con un efecto progestagenico muy potente en el endometrio. Promueve efectos antiproliferativos y antiangiogenicos del tejido endometrial. El valerato de estradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona estimulante del folículo (FSH) de la hipófisis anterior(44).</p>
Dosificación	<p>Tome una tableta al día por vía oral a la misma hora todos los días. Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blíster. No omita ni retrase la ingesta más de 12 horas(56).</p>

Inyección mensual de enantato de noretisterona/ valerato de estradiol

Clasificación	Inyección mensual
Principio(s) activo(s)	Enantato de noretisterona / valerato de estradiol
Forma farmacéutica	Solución inyectable
Concentración	Enantato de noretisterona / valerato de estradiol: 50 mg/ 5 mg
Indicaciones	Anticonceptivo hormonal parenteral mensual(41).
Efectos adversos	<p>Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron náusea/vómito, dolor de cabeza, cambios de humor, flujo vaginal anormal, dismenorrea, vaginitis, aumento de peso, dolor o malestar en los senos y acné(57).</p>
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	<p>Puede administrarse la primera inyección en un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede administrarse la primera inyección en un plazo de más de siete días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días(43).</p>
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de enfermedades tromboticas arteriales o venosas. • Cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno o progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Embarazo(57).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Suspenda el uso si ocurre un evento trombotico. • Suspenda el uso del anticonceptivo si desarrolla ictericia.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

	<ul style="list-style-type: none"> Suspenda el uso si la presión arterial aumenta significativamente. Monitoreo en mujeres diabéticas. Considere un método anticonceptivo alternativo para mujeres con dislipidemia no controlada. Evalué si ocurre sangrado irregular o amenorrea. Hipersensibilidad, incluyendo anafilaxia y angioedema a cualquiera de los componentes(57).
Aprobación vigente en Colombia	Mesigyna ® (RS INVIMA 2021M-015153-R3); Nofertyl ® (RS INVIMA 2020M-0003611-R2); Norestin ® (RS INVIMA 2008M-0008748)(41).
Descripción del mecanismo de acción	La noretisterona aumenta el contenido celular y la viscosidad de moco para impedir el transporte y la migración de los espermatozoides. También actúa suprimiendo la liberación de hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH), lo que impide el desarrollo folicular, la ovulación y el desarrollo del cuerpo lúteo. El valerato de estradiol es un estrógeno que ayuda a suprimir la ovulación al suprimir la hormona estimulante del folículo (FSH) de la hipófisis anterior(44).
Dosificación	La primera inyección se aplica en el primer día de un ciclo menstrual; las inyecciones siguientes se administran cada 30 días con intervalos que pueden variar entre 27 y 33 días. Después de 33 días, no se cuenta con suficiente seguridad anticonceptiva(57).

Implantes subdérmicos de levonorgestrel (5 años)

Clasificación	Implantes subdérmicos de 5 años
Principio(s) activo(s)	Levonorgestrel
Forma farmacéutica	Implante
Concentración	75 mg
Indicaciones	Anticonceptivo(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 2 %) informadas en los ensayos clínicos fueron modificaciones en el estado de ánimo, depresión, migraña, dolor abdominal, vaginitis, dolor de cabeza, dolor de espalda, cambios de humor, quistes ováricos, secreción mamaria, malestar en el área de inserción, pérdida de peso, mareo, acné, modificaciones de la libido(58).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Una mujer puede comenzar a usar el implante plazo de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlo en cualquier momento si tiene la certeza razonable de que no esté embarazada. Se incluyen recomendaciones para casos en que se necesite protección adicional, para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto o mujeres que estén cambiando de método. Es aconsejable tomar la presión arterial antes de comenzar a utilizar el implante(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia vaginal anormal no diagnosticada. • Cáncer de mama u otro cáncer sensible a la progestina. • Tumores hepáticos o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Enfermedad trombo embolica. • Hipersensibilidad, incluyendo anafilaxia y angioedema a cualquiera de los componentes(58).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Depresión grave. • Cáncer de mama o nódulos mamarios benignos o mastopatía. • Patología arterial o venosa. • Interrumpir en caso de aparecer: hepatitis o ictericia. • Provoca retención de líquidos; pueden aparecer cefaleas persistentes y/o alteraciones de visión(58).
Aprobación vigente en Colombia	Jadelle® (RS INVIMA 2014M-0002181-R1) ; Sinoimplant® (RS INVIMA 2017M-0017722)(41).
Descripción del mecanismo de acción	El levonorgestrel modifica la función ovárica: inhibe la ovulación al reducir la secreción de hormona foliculoestimulante, y hormona luteinizante inhibe la implantación y produce aumento de la densidad del moco cervical y, en consecuencia evita el paso de los espermatozoides hacia el útero. También suprime la actividad cíclica endometrial(44).
Dosificación	Un (1) implante de levonorgestrel es efectivo durante 5 años(58).

Píldoras anticonceptivas de urgencia-levonorgestrel

Clasificación	Píldoras anticonceptivas de urgencia
Principio(s) activo(s)	Levonorgestrel
Forma farmacéutica	Tableta oral

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Concentración	1.5 mg
Indicaciones	Anticonceptivo(41)
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes ($\geq 10\%$) informadas en los ensayos clínicos fueron modificaciones en el ciclo menstrual, náuseas, dolor abdominal, dolor de cabeza, dolor abdominal, fatiga, mareos, sensibilidad en los senos(59).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Una mujer debe tomar una dosis de una píldora de emergencia, lo antes posible después de tener relaciones sexuales en un plazo de 120 horas. No se recomienda el uso de antieméticos antes de tomar la píldora de emergencia, el tratamiento previo con antieméticos puede considerarse según criterio médico. Si la mujer vomita en un plazo de 3 horas después de tomar la píldora, debe tomar otra dosis lo antes posible(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo conocido o sospechoso(59).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo ectópico: si después de tomar la píldora, la mujer siente dolor en la parte inferior del abdomen debe ser evaluada para detectar un embarazo ectópico No es efectivo para interrumpir un embarazo. Alteración posible en las siguientes menstruaciones, si la menstruación se retasa más de 1 semana, debe considerar el embarazo No protege contra las enfermedades de transmisión sexual(59).
Aprobación vigente en Colombia	Postinor-1® comprimidos (RS INVIMA 2017M-0006069-R1) ; Post day 1® (RS INVIMA 2018M-0007480-R1)(59).
Descripción del mecanismo de acción	El levonorgestrel suprime las gonadotropinas, inhibiendo la ovulación. Específicamente, el levonorgestrel se une a los receptores de andrógenos y progesterona y retarda la liberación de la hormona liberadora de gonadotropina del hipotálamo. Este proceso da como resultado la supresión del aumento fisiológico normal de la hormona luteinizante que precede a la ovulación(44).
Dosificación	Una (1) tableta o comprimido preferiblemente dentro de las primeras 12 horas y no más tarde de las primeras 120 horas del acto sexual(59).

Anticonceptivos orales – drospirenona

Clasificación	Anticonceptivo oral
Principio(s) activo(s)	Drospirenona
Forma farmacéutica	Tableta oral

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Concentración	4 mg
Indicaciones	Anticonceptivo hormonal oral alternativo en mujeres con androgenismo(41).
Efectos adversos	Las reacciones adversas más comunes (≥ 1 %) informadas en los ensayos clínicos fueron sangrado a intervalos irregulares, sin relación con el ciclo menstrual, acné, dolor de cabeza, aumento de peso, calambres menstruales severos y frecuentes, náuseas, hemorragia vaginal, sensibilidad y dolor mamario, disminución de la libido(60).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Puede usar el anticonceptivo oral en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. No es necesario usar protección anticonceptiva adicional. También puede usarlo en un plazo de más de cinco días tras el inicio del sangrado menstrual si tiene la certeza que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días(43).
contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal. • Insuficiencia suprarrenal, debido a insuficiencia de cortisol. • Tumores hepáticos, benignos o malignos, o enfermedad hepática. • Sangrado uterino anormal no diagnosticado. • Presencia o antecedentes de cánceres sensibles a la progestina(60).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperpotasemia: aumento de concentraciones de potasio. • Trastornos tromboembólicos: suspender si presenta síntoma • Enfermedad hepática: suspender si presenta ictericia. • Embarazo ectópico, esta alerta a embarazo o dolor abdominal bajo • Riesgo de hiperglucemia en pacientes con diabetes. • Puede causar sangrado irregular o amenorrea(60).
Aprobación vigente en Colombia	Gynets® (RS INVIMA 2019M-0019511); Slinda® (RS INVIMA 2019M-0019534)(41).
Descripción del mecanismo de acción	La drospirenona suprime la liberación de la hormona estimulante del folículo y la hormona luteinizante, lo que impide la ovulación, otro mecanismo incluye alteraciones en la consistencia del moco cervical, dificultando el movimiento de los espermatozoides y reduciendo la probabilidad de implantación del embrión(44).
Dosificación	Los comprimidos deben tomarse cada día a la misma hora. El primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación. Posteriormente, se toma 1 comprimido al día de forma continua, aun cuando se produzcan sangrados. Se debe empezar un nuevo blister al finalizar el anterior(60).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Inyección mensual de solo progestágeno - medroxiprogesterona acetato / estradiol cipionato

Clasificación	Inyección mensual de solo progestágeno
Principio(s) activo(s)	Medroxiprogesterona acetato / estradiol cipionato
Forma farmacéutica	Suspensión inyectable
Concentración	25 mg / 5 mg
Indicaciones	Anticonceptivo hormonal parenteral de aplicación mensual (41).
Efectos adversos	Los eventos adversos más frecuentes (reportados en 1% o más pacientes) fueron: Aumento de peso, Menorragia, Amenorrea, Metrorragia; Sangrado vaginal, Labilidad emocional, Acné, sensibilidad/dolor en las mamas, Dolor de cabeza, Dismenorrea, Náuseas y Depresión (61).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	La eficacia depende de la adhesión a la pauta de dosificación (inyecciones intramusculares cada 28 a 30 días, sin exceder los 33 días). La primera inyección debe administrarse durante los primeros 5 días de un periodo menstrual normal. Se debe administrar no antes de 4 semanas después del parto si no está amamantando o 6 semanas después del parto si se está lactando (61).
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo o sospecha de embarazo. • Tromboflebitis o trastornos tromboembólicos. • Antecedentes de tromboflebitis venosa profunda o trastornos tromboembólicos. • Disfunción o enfermedad hepática, como historia de adenoma o carcinoma hepático, historia de ictericia colestásica del embarazo o ictericia. • Fumar en exceso (más de 15 cigarrillos por día) y más de 35 años de edad. • Hipertensión severa. • Diabetes con afectación vascular. • Dolores de cabeza con síntomas neurológicos focales. • Enfermedad valvular del corazón con complicaciones (61)
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres que están siendo tratadas por hiperlipidemias deben ser observadas cuidadosamente si usan anticonceptivos hormonales combinados. Algunos progestágenos pueden elevar los niveles de LDL y puede hacer más difícil el control de la hiperlipidemia. • Si se desarrolla ictericia en cualquier mujer que recibe anticonceptivos hormonales combinados, el medicamento debe ser discontinuado. • Se debe tener precaución en el tratamiento de cualquier paciente con una condición médica pre-existente que pudiera verse ser afectada por la retención de líquido.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Aprobación vigente en Colombia	Cyclofem ® (INVIMA 2007M-006325-R1); Cyclofemina ® (INVIMA 2016M-0011233-R1) (41).
Descripción del mecanismo de acción	La combinación de acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol cuando se administra cada mes a la dosis recomendada, inhibe la secreción de gonadotropinas, la cual previene la maduración folicular y la ovulación. Aunque el mecanismo primario de esta acción es la inhibición de la ovulación, otros posibles mecanismos de acción incluyen el engrosamiento y una reducción en el volumen del moco cervical (que disminuyen la penetración de los espermatozoides) y el adelgazamiento del endometrio (que puede reducir la probabilidad de implantación) (61)
Dosificación	Los comprimidos deben tomarse cada día a la misma hora. El primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación. Posteriormente, se toma 1 comprimido al día de forma continua, aun cuando se produzcan sangrados. Se debe empezar un nuevo blister al finalizar el anterior(61).

Inyección trimestral de solo progestágeno - medroxiprogesterona acetato

Clasificación	Inyección trimestral de solo progestágeno
Principio(s) activo(s)	Medroxiprogesterona acetato
Forma farmacéutica	Suspensión inyectable
Concentración	150 mg
Indicaciones	Anovulatorio y tratamiento de endometriosis (41).
Efectos adversos	Los eventos adversos más frecuentes (reportados en 1% o más pacientes) fueron nerviosismo, cefalea, mareo, dolor abdominal o malestar, irregularidades menstruales (hemorragia y/o amenorrea), astenia (debilidad o fatiga), cambios en el peso (62).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	La suspensión inyectable debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada, para asegurar que la dosis que va a ser administrada constituye una suspensión uniforme. Debe ser administrada mediante inyección intramuscular profunda teniendo precaución para asegurar que la inyección se realiza en el tejido muscular, preferentemente en el glúteo mayor, aunque también se puede llevar a cabo en otro tejido muscular como el deltoides (62).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo, ni para el diagnóstico ni para el tratamiento • Sospecha o evidencia de cáncer mamario o de los órganos genitales. • Hemorragia uterina anormal (metrorragias o menorragias), hasta que se haya establecido un diagnóstico definitivo y se haya descartado la posibilidad de malignidad en el tracto genital. • Tromboflebitis y fenómenos tromboembólicos. • Insuficiencia hepática grave (62).
Advertencias y precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de densidad mineral ósea (DMO) • Normalmente provoca la interrupción del ciclo menstrual normal • Se deberá interrumpir el tratamiento si la paciente presenta una pérdida repentina parcial o total de la visión. • Se recomienda tener precaución en pacientes que tengan enfermedades que predispongan a la retención de líquidos (62).
Aprobación vigente en Colombia	Depotrim® (NVIMA 2018M-0009075-R1); Depo-Provera® (INVIMA 2019M-013708-R3) Ileine® (INVIMA 2021M-0020159) (41).
Descripción del mecanismo de acción	Cuando se administra a la dosis habitual, inhibe la secreción de la gonadotropina hipofisaria con la consiguiente inhibición de la maduración folicular y de la ovulación (62).
Dosificación	<p>Primera inyección: con el fin de asegurar una protección anticonceptiva en el primer ciclo de su utilización, se administrará una inyección de 150 mg vía intramuscular dentro de los cinco primeros días del ciclo menstrual normal, con una periodicidad trimestral. Si la inyección se realiza según estas instrucciones, no se requieren medidas anticonceptivas adicionales.</p> <p>Postparto: con el fin de asegurar que la paciente no está embarazada en el momento de la primera administración, se realizará la primera inyección dentro de los 5 días posteriores al parto, siempre y cuando no esté lactando.</p> <p>Dosis posteriores: se administrarán cada 12 semanas. Siempre y cuando la inyección se realice en los cinco días después de estas 12 semanas, no se necesitan medidas anticonceptivas adicionales.(62).</p>

Parche anticonceptivo combinado etinilestradiol / norelgestromina

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Clasificación	Parche anticonceptivo
Principio(s) activo(s)	Etinilestradiol / Norelgestromina
Forma farmacéutica	Parche transdérmico
Concentración	600 mcg / 6 mg
Indicaciones	Anticonceptivo hormonal (41).
Efectos adversos	Los eventos adversos más frecuentes (reportados en 1% o más pacientes) fueron: dolor de cabeza, náusea, sensibilidad en las mamas, malestar, fatiga, reacciones en el lugar de aplicación (eritema, irritación, prurito, erupción cutánea)(63).
Instrucciones y/o recomendaciones de uso	Debe aplicarse en la piel sana e intacta, del glúteo, abdomen, parte exterior del brazo o parte superior del torso donde no roce con la ropa. Hay que presionar bien sobre el parche transdérmico hasta que los bordes estén bien pegados. El parche transdérmico no se debe cortar, dañar o modificar de ninguna manera ya que la eficacia anticonceptiva se puede ver afectada (63).
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, antecedentes de tromboflebitis venosa profunda o trastornos tromboembólicos, condiciones trombofílicas conocidas, • Enfermedad cerebrovascular o de las arterias coronarias enfermedad cardiaca valvular con complicaciones, valores persistentes de presión sanguínea 160 mm Hg sistólico o 100 mm Hg diastólico. • Diabetes con complicaciones vasculares • Migraña con aura focal. • Carcinoma de mama presunto o conocido, carcinoma de endometrio u otra neoplasia dependiente de estrógenos presunta o conocida • Sangrado genital anormal no diagnosticada. • Ictericia colestática del embarazo, enfermedad hepatocelular aguda o crónica con función hepática anormal, adenomas o carcinomas hepáticos. • Embarazo presunto o conocido(41).
Advertencias y precauciones	El uso de cualquier anticonceptivo hormonal combinado incrementa el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), comparado con la no utilización. Medicamentos que contienen etinilestradiol / norelgestromina pueden tener hasta el doble de este nivel de riesgo. La decisión de utilizar cualquier medicamento diferente del que tiene el menor riesgo de TEV se debe tomar solamente después de comentarlo con la mujer para garantizar que comprende el riesgo de TEV (63).
Aprobación vigente en Colombia	Evra® (INVIMA 2012M-0013940) (41).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

Descripción del mecanismo de acción	<p>Actúa a través del mecanismo de supresión de la gonadotropina por las acciones estrogénica y progestágena del etinilestradiol y de la norelgestromina, respectivamente. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, pero también pueden contribuir a la eficacia del producto los efectos sobre el moco cervical y el endometrio (63).</p>
Dosificación	<p>Cuando se retira un parche transdérmico, se debe sustituir inmediatamente por otro nuevo el mismo día de la semana (día de cambio) el día 8 y día 15 del ciclo. Los cambios de parche transdérmico se pueden hacer a cualquier hora del día de cambio programado. El día 22 de la cuarta semana comienza la semana de descanso sin parche transdérmico. El nuevo ciclo anticonceptivo comienza al día siguiente de la semana sin parche transdérmico; el siguiente parche transdérmico debe ponerse incluso si no ha habido sangrado por privación o si se continúa con dicho sangrado. En ningún caso puede haber más de 7 días de descanso sin parche transdérmico entre ciclos de dosificación. Si pasan más de 7 días sin parche transdérmico, la usuaria podría quedar sin protección frente al embarazo. En este caso, se debe usar al mismo tiempo un anticonceptivo no hormonal durante 7 días. El riesgo de ovulación aumenta cada día que pase del período de descanso recomendado. Si ha mantenido relaciones sexuales durante este período prolongado sin parche, debe tener en cuenta la posibilidad de embarazo (63).</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	1
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anexo 8. Informe de participación sobre el alcance y preguntas orientadoras

Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (86). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (86).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (87). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos. En términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (88).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método, que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad (89).

Para lograr que la participación de los expertos o actores sea efectiva se requiere de un proceso adecuado de gestión que va desde la identificación de los actores clave hasta el desarrollo del espacio de participación mismo. Con esto presente, este informe describe de manera sintética el proceso de gestión del panel de expertos para la votación de los Lineamientos para manejo de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Bogotá. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Objetivo

Facilitar el desarrollo del panel de votación de los Lineamientos para asesoría y suministro de anticoncepción postevento obstétrico y anticoncepción en mujer con enfermedad crónica en la ciudad de Bogotá.

Identificación de los actores

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHTA, por su sigla en inglés). Estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión. También son grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos de una organización, proyecto o política en salud. Así, el mapeo o identificación de los actores clave se desarrolla conforme el objetivo del espacio y la temática.

Para el caso en particular, se identificaron las siguientes organizaciones relacionadas con el tema:

- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – FECOLSOG
- Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología – ASBOG
- Sociedad Colombiana de Medicina Familiar – SOCMEF
- Asociación Colombiana de Medicina Interna – ACMI
- Asociación Colombiana de Hematología y Oncología – ACHO
- Sociedad Colombiana de Cardiología – SCC
- Asociación Colombiana de Neurología – ACN
- Sociedad Colombiana de Médicos Generales – SOCOME G
- Organización Colegial de Enfermería – OCE
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC
- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
- Secretaría Distrital de Salud

Convocatoria

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Con esta identificación, se procedió con la convocatoria de quienes asistieron a la socialización. Luego se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso.

Desarrollo del espacio de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la socialización virtual el día 03/10/2022 a las 6:00 p.m. por la plataforma Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del contexto del lineamiento.
- Presentación de las preguntas y las propuestas de redacción conforme la evidencia disponible.
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes.
- Votación

A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización (Tabla 16).

Actores invitados y asistentes

No.	Organización / Asociación	Delegado	Perfil / Cargo
1	Asociación Colombiana de Neurología – ACN	Yamile Calle López	Médica cirujana. Especialista en neurología. Subespecialista en epilepsia. Miembro del comité de epilepsia.
2	Sociedad Colombiana de Médicos Generales – SOCOMEG	Lina Claudia Santos	Presidenta. Médica cirujana.
3	Organización Colegial de Enfermería – OCE	Mauricio Cely Salamanca	Enfermero.
4	Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – FECOLSOG	Marcela del Pilar Rodríguez Ramos	Médica cirujana. Especialista en gineco-obstetricia y en endocrinología ginecológica.
5	Universidad de Antioquia	Carlos Clavijo	
6	Universidad Nacional de Colombia	Alvaro Burgos	Médico internista.
7	Secretaría Distrital de Salud	Dayan Mateus Mendoza	Enfermera, especialista en auditoría en servicios de salud. Parte del

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

			equipo técnico RIAS materno perinatal de la SDS.
8		Andrea Paola Villamizar Monroy	Enfermera, magíster en cuidado materno perinatal. Parte del equipo técnico RIAS materno perinatal de la SDS.
9		Paula Romero	Parte del equipo técnico RIAS materno perinatal de la SDS.
10		Yaneth Girón Bolívar	Supervisor del contrato SDS-IETS. Profesional especializado de la Dirección de provisión de servicios.
11		Ricardo Durán Arango	Supervisor del contrato SDS-IETS. Profesional especializado de la Dirección de provisión de servicios.

Fuente: IETS, 2022.

A continuación, se relaciona el equipo que acompañó la sesión deliberativa:

Tabla 14. Equipo desarrollador de la estrategia

No.	Nombre	Perfil
1	Cesar Huérfano	Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS
2	Nathalie Ospina	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS
3	Daniz Calderón	Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS
4	Natalia Losada Trujillo	Epidemióloga – Universidad Nacional de Colombia
5	Yaira Pardo	Enfermera – Universidad Nacional de Colombia
6	Andrea Lara Sánchez	Especialista de Participación Jefatura de Métodos Cualitativos e investigación Social del IETS

Fuente: IETS, 2022.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

Anexo 9. Resultados de votación consenso de lineamientos

Se contó con la participación de seis expertos, quienes declararon no tener conflictos de interés. La discusión y votación para las recomendaciones a cada una de las preguntas se llevó a cabo en un panel virtual por la plataforma Zoom el día 3/10/2022 a las 6:00 p.m.

Los lineamientos se votaron luego de ser expuestos y ajustados sincrónicamente según las observaciones realizadas en el espacio de participación. Estos se agruparon según el tipo de posvento o subtema. A continuación, se muestran los bloques de votación y el número de votos recibidos en cada uno de ellos:

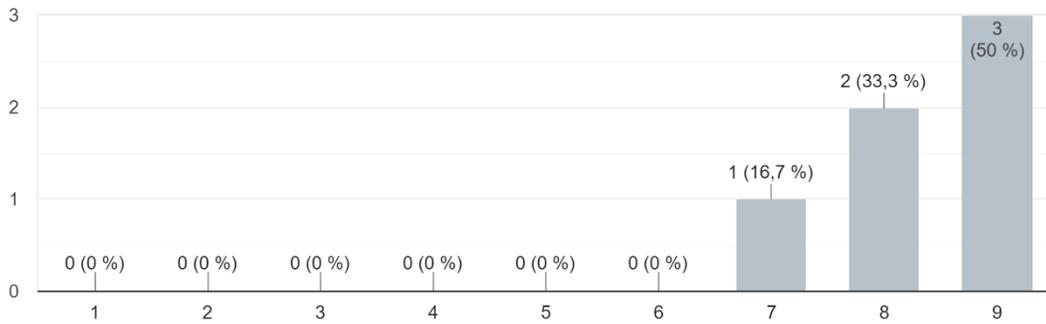
Bloque de votación	Número de votantes
1. Postparto/postcesarea	6
2. Postaborto	5
3. Posembarazo ectópico	6
4. Posenfermedad trofoblástica gestacional	6
5. Otros eventos obstétricos	7 (un voto repetido)
6. Sobrepeso y obesidad, DM T1 yT2, HTA	5
7. Dislipidemia, epilepsia, ETG, IAM, ACV.	8
8. Lupus y SAF, ERC, CA	
9. Criterios de elegibilidad	
10. Provisión efectiva y oportuna	5
11. Consideración para subgrupos de población	

Para los lineamientos de postevento obstétrico en la mayoría de las votaciones (excepto una) participaron seis expertos, y se obtuvo un porcentaje de 100 % de votos con puntuación entre 7 y 9, significando que hay acuerdo con los lineamientos propuestos.

1. Postparto/postcesarea

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

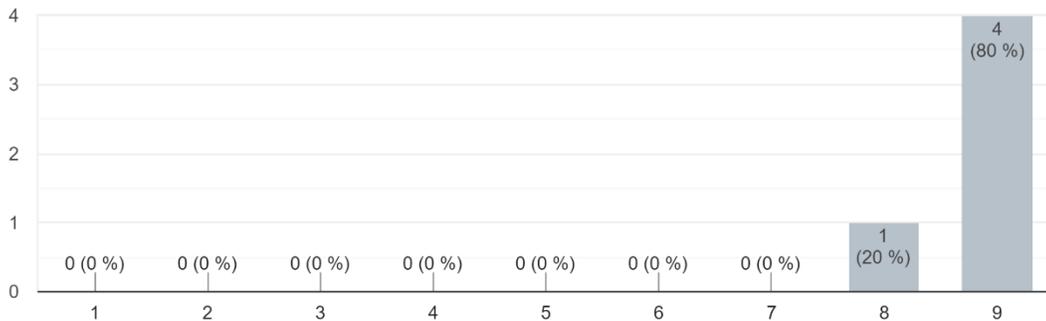
6 respuestas



2. Postaborto

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

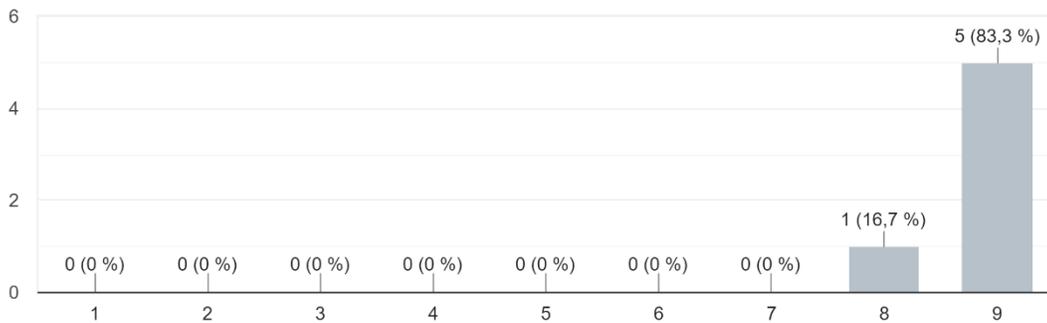
5 respuestas



3. Posembarazo ectópico

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

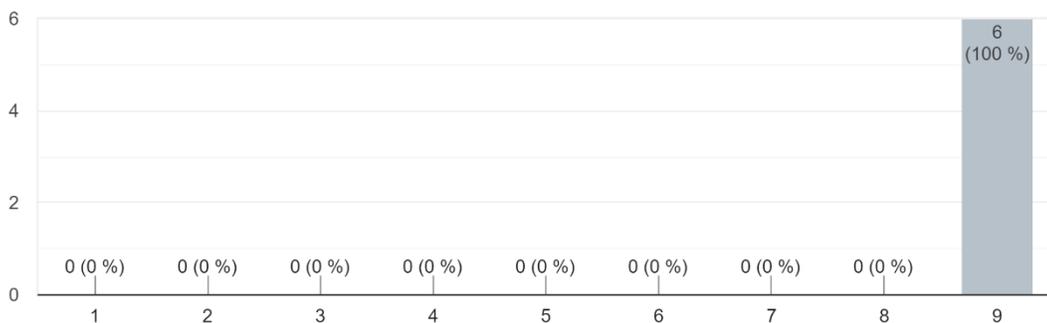
6 respuestas



4. Posenfermedad trofoblástica gestacional

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

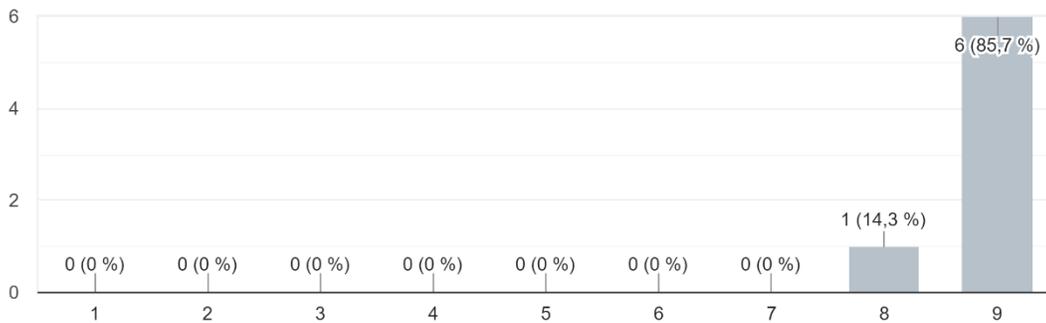
6 respuestas



5. Otros eventos obstétricos

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

7 respuestas

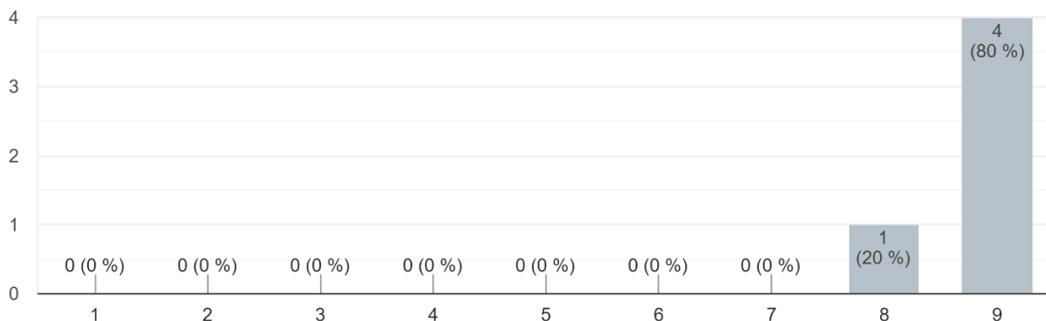


Para los lineamientos de condiciones crónicas y/o especiales, y para las consideraciones para subgrupos de población en la mayoría de las votaciones participaron seis expertos, y se obtuvo un porcentaje de 100 % de votos con puntuación entre 7 y 9, llegando a un acuerdo con los lineamientos propuestos.

6. Sobrepeso y obesidad, DM T1 yT2, HTA

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

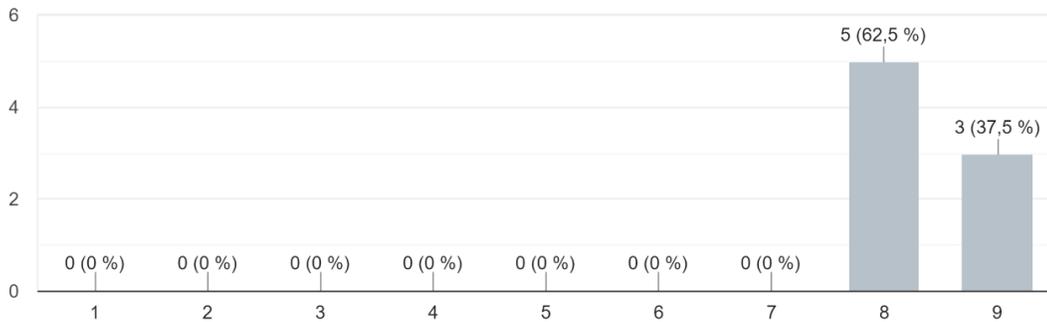
5 respuestas



7. Dislipidemia, epilepsia, ETG, IAM, ACV.

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

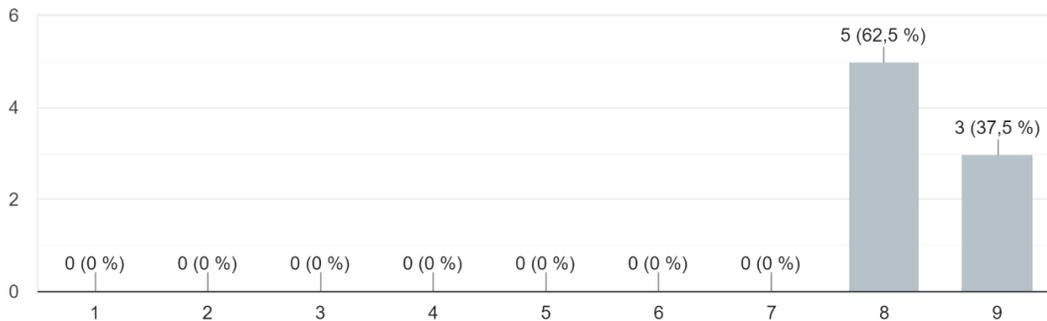
8 respuestas



8. Lupus y SAF, ERC, CA

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

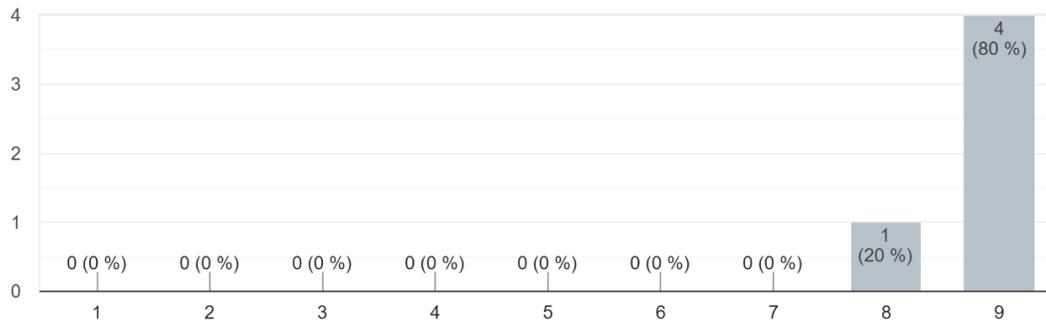
8 respuestas



9. Criterios de elegibilidad

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

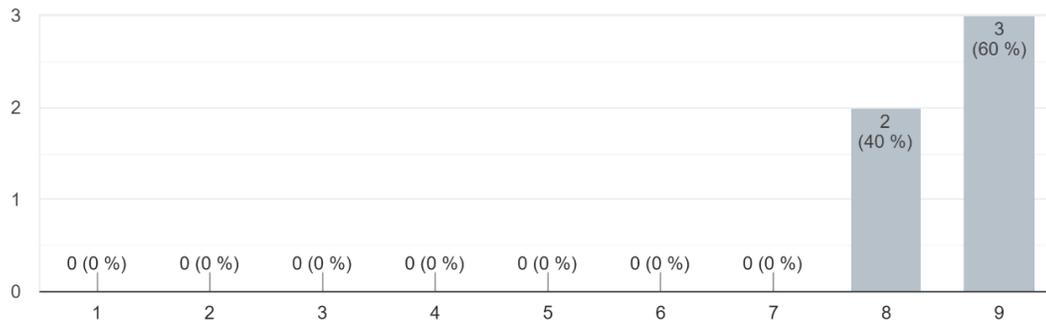
5 respuestas



10. Provisión efectiva y oportuna

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

5 respuestas



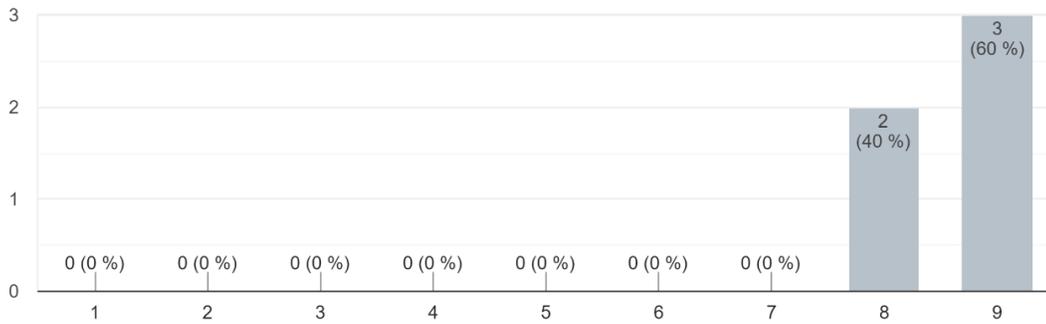
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

11. Consideración para subgrupos de población

Por favor exprese su grado de acuerdo con los lineamientos que esta viendo proyectados en pantalla

5 respuestas



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018. Colombia; 2018 p. 348.
2. Ministerio de Salud y Protección Social., Fondo de Población de las Naciones Unidas. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer [Internet]. MSPS/UNFPA Bogotá DC; 2014. p. 321. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolos-de-enfermeria.pdf>
3. Minsalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Componente Demográfico [Internet]. 2015. 430 p. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS TOMO I.pdf>
4. Cochrane Iberoamérica. Glosario [Internet]. [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://es.cochrane.org/es/glosario#s>
5. Sistema Estadístico Nacional -DANE. Guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional [Internet]. Bogotá D.C; 2020. 203 p. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/guia-inclusion-enfoque-difencias-intersecciones-produccion-estadistica-SEN.pdf>
6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Contraceptive Use by Method 2019 Data Booklet. United Nations. 2019;
7. Ministerio de salud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, Componente de salud sexual y salud reproductiva. 1st ed. Ministerio de salud, Profamilia, editors. Vol. 2. Bogotá; 2015.
8. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 - Capítulo 5 Fecundidad. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. 108–126 p.
9. Prada E, Biddlecom A, Singh S. Induced Abortion in Colombia: New Estimates and Change Between 1989 and 2008. Int Perspect Sex Reprod Health. 2011 Sep;37(03):114–24.
10. Rozo-Gutiérrez N. Informe del Evento. Morbilidad Materna Extrema 2020. Boletín Epidemiológico Sem. 2020;1–18.
11. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal 52 de 2021. Boletín epidemiológico Sem. 2021;1–29.
12. Salud I nacional de. Comportamiento de la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, semanas epidemiológicas 01-52, Colombia 2016 - 2021. Bol Epidemiol Sem. 2022;Semana epi(20 al 26 de febrero de 2022):1–29.
13. DANE. Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. Inf Estadística Sociodemográfica Apl. 2021;9:2–64.
14. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Comportamiento de la notificación de VIH / SIDA, periodo epidemiológico XI, Colombia 2021. Bol Epidemiol Sem. 2021;47:1–29.
15. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, editor. Geneva: World Health Organization; 2015. 1–276 p.
16. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), (CCP) JHBS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

of PH for CP. Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva; 2018. 1–460 p.

17. Vademecum. Implanon NXT Implante 68 mg. 2020.
18. Vademecum. Jadelle Implante 75 mg. 2015.
19. Vademecum. Norplant ii implant 75 mg. 2015.
20. Vademecum. Mirena Sistema de liberación intrauterino 20 µg/24 h de Colombia. 2018.
21. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
22. Allen R, Kaunitz A, Bartz D. Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obs Gynecol.* 2019;2:128–50.
23. Phillips-Bell GS, Sappenfield W, Robbins CL, Hernandez L. Chronic diseases and use of contraception among women at risk of unintended pregnancy. *J Women's Heal.* 2016;25(12):1262–9.
24. Rodríguez Ortega LM. ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO [Internet]. Available from: http://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/Metodos_anticonceptivos/RodriguezOrtega_MEM.pdf
25. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Guideline contraception after pregnancy [Internet]. 2020. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>
26. NICE. Abortion care (NG140) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/>
27. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). UK MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE | UKMEC 2016 (AMENDED SEPTEMBER 2019) [Internet]. 2019. p. 175. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016/>
28. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). Overweight , Obesity & Contraception. *BMJ Sex Reprod Heal.* 2019;45(1).
29. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2019;133(76):168–86.
30. Frieden TR, Jaffe HW, Cono J. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. *Centers Dis Control Prev.* 2016;65(3).
31. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception. FSRH [Internet]. 2020;2019(January 2019):iv--94. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/>
32. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):476–85.
33. Attini R, Cabiddu G, Montersino B, Gammara L, Gernone G, Moroni G, et al. Contraception in chronic

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

kidney disease: a best practice position statement by the Kidney and Pregnancy Group of the Italian Society of Nephrology. J Nephrol [Internet]. 2020;33(6):1343–59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7701165>

34. Centers for disease control and prevention (CDC). Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2022 Sep 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-english-bw-508-tagged.pdf>
35. Centers for disease control and prevention (CDC). How to Be Reasonably Certain That a Woman is Not Pregnant; When to Start Using Specific Contraceptive Methods; and Routine Follow-Up After Contraceptive Initiation. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2016 [cited 2022 Sep 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/treatment>
36. Bonnington A, Dianat S, Kerns J, Hastings J, Hawkins M, De Haan G, et al. Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. Contraception [Internet]. 2020 Aug 1;102(2):70–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
37. Lavelanet AF, Ralph JA, Ti A, Duggaraju A, Yeh PT. A systematic review exploring the contraception values and preferences of sex workers, transmasculine individuals, people who inject drugs, and those living in humanitarian contexts. Contraception [Internet]. 2022;111:32–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782421001918>
38. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. Maturitas [Internet]. 2019;128:17–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512219305845>
39. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad clínica, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud. 2020.
40. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2009 Aug;151(4):W65-94.
41. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Sistema de Trámites en Línea - Consultas Públicas.
42. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Nuvaring ® (etonogestrel/ethinylestradiol vaginal ring). 2018.
43. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera Ed. Ginebra; 2018.
44. Canadian Institutes of Health Research, DrugBank Online. 2022.
45. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Ficha técnica dienogest/etinilestradiol Cinfa ® 2 mg/0.03 mg comprimidos recubiertos. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS-CIMA. 2022.
46. NIH. National Center for Biotechnology Information. Pubchem. 2022.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.

47. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Norethindrone acetate and ethinyl estradiol chewable tablets. 2022.
48. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Yaz ® (drospirenone/ethinyl estradiol tablets for oral use). 2022.
49. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Seasonique ® (levonorgestrel/ethinyl estradiol tablets for oral use).
50. Drugs.com. Belara: uses, doses, side effects, warnings. 2022.
51. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Acetato de ciproterona/etinilestradiol- Gineservice ® 2 mg/0,035 mg- comprimidos recubiertos. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS-CIMA. 2022.
52. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Cerazet ® 75 microgramos comprimidos recubiertos. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS-CIMA. 2022.
53. ANMAT. Ficha técnica Nova T (DIU de cobre). 2013.
54. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Mirena ® 0,02 mg cada 24 horas sistema de liberación intrauterino. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS-CIMA. 2022.
55. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Nexplanon ® (etonogestrel implant). 2022.
56. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Natazia ® (estradiol valerate/dienogest tablets for oral use). 2022.
57. Laboratorios Abbott. Ficha técnica Nofertyl. 2022.
58. Instituto de Salud Pública de Chile, Ficha tecnica Jadelle. 2022.
59. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- Plan B ® (levonorgestrel tablets 0,75mg). 2022.
60. Food and Drug Administration (FDA) Medwatch. Highlights of prescribing information- SLYND ® (drospirenone tablets for oral use). 2022.
61. Ficha tecnica CYCLOFÉMINA®. 2022.
62. Ficha técnica Depo-Progevera 150 mg/ml suspensión inyectable. 2022.
63. Ficha técnica Evra parche transdérmico. 2022.

8. CONTROL DE CAMBIOS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO Y ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
	Código:	SDS-PSS-LN-051	Version:	
Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 /Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Yaneth Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango /Aprobado por: Fernando Peña Díaz.				

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	24/02/2023	Establecer acciones específicas para orientar la asesoría y suministro de anticoncepción postevento obstétrico y anticoncepción en personas en edad fértil con condiciones crónicas y/o especiales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.