



MINISTERIO DE SALUD

Normativa No. 002. Tercera Edición

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Managua, 10 noviembre 2021



MINISTERIO DE SALUD

Normativa 002. Tercera Edición

Norma de Planificación Familiar

Managua, 10 de noviembre de 2021

Índice

Norma de Planificación Familiar	1
I. Introducción	2
II. Antecedentes	3
III. Justificación	4
IV. Soporte Jurídico	5
V. Definiciones y aspectos Conceptuales	7
VI. Definición de la Norma	13
VII. Objeto de la Norma	14
VIII. Campo de Aplicación	14
IX. Universo de la Norma	14
X. Disposiciones	14
A. Generales	14
B. Disposiciones específicas	15
XI. Definición y elaboración de los procedimientos	18
XII. Bibliografía	31
XIII. Flujograma	33
XIV. Anexos	34
Protocolo de Planificación Familiar	51
I. Introducción	53
II. Objetivos	54
III. Glosario de Términos	55
IV. Acrónimos	56
V. Población Diana	57
VI. Actividades a realizar	57
VII. Definición	67
VIII. Clasificación	68
IX. Procedimientos	78
A. Anticoncepción a diversos grupos	78
B. Anticoncepción en situación de crisis sanitaria	94
X. Definición por nivel de atención	95
XI. Educación, Promoción y Prevención	95
XII. Bibliografía	97
XIII. Anexos	99

Norma de Planificación Familiar

I. Introducción

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), a través del Ministerio de salud restituye el derecho a la salud a la población con gratuidad y calidad; desarrollando una serie de intervenciones dirigidas a fortalecer la salud sexual y reproductiva en sus cuatro pilares para una maternidad segura que se basan; *en la prevención de los embarazos no deseados (Planificación Familiar)*, atender las embarazadas (atención prenatal), atender el parto calificado y proveer los cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

Desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, en que 179 gobiernos aprobaron el Programa de Acción en favor de los derechos para la salud sexual y reproductiva y la Declaración de Nairobi en 2019 en que se insta a lograr los “Tres ceros: cero muertes maternas, cero necesidades insatisfechas de planificación familiar y cero violencia basada en el género para el 2030; plazo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). (ICPD, 2019). El GRUN respalda estos compromisos que han sido prescritos en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), donde la planificación familiar (PF) es el eje clave para *mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos y un indicador que permite conocer la utilización de los servicios de la población*. El uso de los anticonceptivos, influye en la prevención del riesgo reproductivo de las mujeres y en el incremento de la sobrevivencia materna e infantil.

Desde la primera edición (2008) de la normativa de Planificación familiar, hasta la fecha la PF junto a otras estrategias del modelo de salud, ha contribuido a la salud sexual reproductiva, según el informe del MINSA, "Avances de Salud 2007-2020"; en los indicadores de impacto, hay reducción de la Mortalidad materna, que pasó de 76.5 por 100,000 nacidos vivos registrados en el 2007 al 37.5.nvr en el 2020. De igual manera la Mortalidad infantil pasó en 2007 de 15.19 por 1,000 nacidos vivos registrados a 12.8 nvr en el 2020, con tendencia a la disminución.

El MINSA asegura el derecho gratuito de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada como el Dispositivo intrauterino (Diu) T de Cobre, los métodos anticonceptivos reversibles de acción corta: como los hormonales combinados orales e inyectables de progestágeno solo o Depro-provera, y la píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel tabletas y el condón masculino recomendable en la protección dual); Métodos irreversibles vasectomía y salpingiectomía; Además de aconsejar según necesidad: el método de la amenorrea de la lactancia materna (MELA), método basado en los síntomas de los dos días, el método de temperatura corporal basal y método de la ovulación, método basado en el calendario (CAL).

En el 2021, se actualiza esta tercera edición, con las últimas recomendaciones de la OMS sobre los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) en el uso de los métodos anticonceptivos (MAC); del Manual de Proveedores 2019 y de las Prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos 2018. La Norma, fortalece el enfoque de derechos, para lograr la mejor efectividad del MAC según la necesidad de cada persona o pareja. Está centrada además en la atención grupos de población (p.ej. adolescentes, con discapacidad, mujeres post evento obstétrico, personas con VIH).

El Ministerio de Salud pone a disposición del personal de salud del sector público y privado la presente normativa como un documento técnico, para la toma de decisiones informadas y un recurso de capacitación en el campo de la planificación familiar.

II. Antecedentes

Según el informe Planificación familiar en Nicaragua logros de 50 años, desarrollado por USAID y MEASURE Evaluation 2015, refiere que “La planificación familiar (PF) es uno de los programas de desarrollo más exitosos en Nicaragua. De acuerdo a expertos locales, se debe a que se cuenta con políticas públicas favorables y el Modelo de Salud. Además del apoyo de fuentes nacionales e internacionales.

De acuerdo a datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA), la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido, de 4.6 hijos por mujer en 1992-1993, a 2.4 hijos por mujer en 2011-2012. *La tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA) para todos los métodos es 80.4 por ciento, lo cual sitúa a Nicaragua muy por encima de otros países con indicadores económicos similares, o mejores. Desde 1992-93 a 2011-12, la TPA de métodos aumentó, de 44.9 por ciento a 77.3 por ciento.* Los anticonceptivos de larga duración son los más utilizados.

Los importantes avances en PF durante las últimas cuatro décadas particularmente en los últimos 20 años se deben a una serie de actividades que incluyen: **un mayor énfasis en la calidad de atención, tomando en cuenta las necesidades de las personas;** capacitación a los prestadores de servicios; y establecimiento de normas, guías y protocolos para la entrega de métodos anticonceptivos (Santiso Galvez Roberto MD. Ward Victoria M, 2015).

La planificación familiar fortalece la disponibilidad de los métodos anticonceptivos según las necesidades, preferencias y circunstancias de las personas, a fin que ellas puedan seleccionar de manera informada y libremente el más apropiado (libre elección informada) y que puedan obtenerlo rápidamente. Para lo cual desde 1999, la OMS ha puesto a disposición de los países guías basadas en evidencia, orientadas a determinar los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” y “Selección de prácticas recomendadas para el uso de los mismos” que han sido considerados para la elaboración de la presente Normativa y Protocolo de Atención.

III. Justificación

Con la actualización de la Normativa de planificación familiar, se continúa fortaleciendo las estrategias nacionales en salud sexual reproductiva, sosteniendo los logros alcanzados en los indicadores de salud, y enfocándonos en los grupos de mujeres con mayor riesgo de embarazos no deseados.

En este contexto dinámico la planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres e hijos (as). Su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (as), con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales.

De igual manera con la normativa se promoverá la participación activa de los hombres en su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo y se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar la salud sexual y reproductiva, así como en la prevención de la violencia de género.

La presente Normativa 002 por consiguiente, es una herramienta a disposición de las personas encargadas de los servicios de planificación familiar, la cual brinda la información acerca de las disposiciones generales y las pautas que rigen estos servicios, basada en evidencias científicas, para la prestación y aplicación de los métodos anticonceptivos, desde los naturales, hasta aquellos que son derivados de los avances científicos y tecnológicos recientes que han demostrado ser seguros y efectivos de tal manera que las personas puedan decidir de manera libre e informada el método de su preferencia y puedan acceder al mismo desde la primera visita, de forma intra y extra institucional.

IV. Soporte Jurídico

1. Constitución Política de la República de Nicaragua

Arto. 59: Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

2. Ley No. 423, Ley General de Salud, publicada en la Gaceta No. 91 del 17 de mayo de 2002.

Artículo 1.- Objeto de la Ley: La presente Ley tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales. Para tal efecto regulará:

- a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud.
- b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Artículo 2.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

3. Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley General de Salud, publicado en La Gaceta No. 7 y No. 8 del 10 y 13 de enero del 2003.

Artículo 15.- Corresponde al MINSA, proponer normas técnicas para la aplicación de la Ley y de este Reglamento, de conformidad a la Ley de Normalización Técnica y Calidad, Ley No. 219, publicada en La Gaceta No. 123, del dos de Julio de mil novecientos noventa y seis y su Reglamento. Así mismo podrá establecer los manuales y demás disposiciones complementarias para la aplicación de la Ley y del Presente Reglamento.

4. Ley 392 Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud y su Reglamento. Publicado en la Gaceta Diario Oficial el 09 de mayo de 2001.

Capítulo VI De las Políticas Sociales: Educación, Salud, Recreación, Cultura y Deportes.

Artículo 18.- De los servicios de salud: Las instituciones de salud deben de asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades inmunoprevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces; para ello es necesario.

- a) Brindar información a las y los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, en particular el embarazo de las adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y el VIH/Sida.

5. **Ley 820 – Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención. Capítulo IV - Derechos y Deberes de las personas con VIH y Sida.** Publicada en la Gaceta Diario Oficial No. 242 del 18 de diciembre del 2012.

Artículo 8. De la Protección. Es obligación del Estado a través del Ministerio de Salud, garantizar, difundir y promover a toda la población en general, la distribución gratuita de los diferentes métodos de barrera según las normas establecidas, para la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el VIH, científicamente aceptadas. En el caso del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y redes de unidades de salud del Ejército de Nicaragua y la Policía Nacional, incluirán este paquete integral de servicios dirigido a su población beneficiaria. La distribución de estos métodos debe estar acompañada de campañas de información y sensibilización sobre el uso adecuado de los mismos.

6. **Ley 779. Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley No. 641 “Código Penal”.** Publicada en La Gaceta Diario Oficial N°. 19 del 30 de enero del 2014.

Título I Disposiciones y Principios Generales. Capítulo I Del objeto, ámbito y Políticas. Principio de integralidad: La protección de las mujeres que viven violencia requiere de atención médica, jurídica, psicológica y social de forma integral y oportuna para detectar, proteger y restituir derechos.

7. La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2008

Constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas en SSR existentes, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente y poner a su disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida.

V. Definiciones y aspectos Conceptuales

V.1. Definiciones

Adolescente: Cualquier persona entre los 10 y los 19 años de edad, y en él se pueden distinguir dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. (MINSA, 2008)

Alto riesgo reproductivo: Es cuando en caso de presentarse un embarazo el producto, o la madre o ambos, pueden sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo es posible que queden secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.

Anticoncepción post evento obstétrico: Es la anticoncepción que se realiza después de un parto (vaginal o por cesárea) o de un aborto, dentro de las 48 horas antes del alta hospitalaria. Esta medida permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva usando un método, bien sea reversible o irreversible.

Anticoncepción con métodos reversibles de larga duración: Es la anticoncepción que se realiza con métodos anticonceptivos que no se renuevan en cortos períodos de tiempo y que a la vez sean reversibles, seguros y efectivos para protegerse de un embarazo no planificado, por mucho tiempo como el DIU y los implantes.

Anticoncepción reversible de corta duración: Es la anticoncepción que se realiza con métodos anticonceptivos que se renuevan en cortos períodos de tiempo, es seguro y muy efectivo para protegerse de un embarazo no planificado, por tiempo limitado. Las mujeres deben recordar cada día que debe tomar una píldora o de aplicarse mensualmente o trimestralmente una inyección anticonceptiva o de hacer algo para prevenir un embarazo cada vez que se tenga una relación sexual, entre los MAC están los hormonales combinados orales e inyectables, el condón masculino entre otros.

Embarazo no planificado: Según la OMS son definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, que se dan en una mujer que ya no quiere reproducirse; la mujer queda **embarazada** sin una planificación previa, puede pasar también que fallara el anticonceptivo o por el rompimiento de un condón.

La calidad de atención en Planificación familiar: Es ofrecer los mayores beneficios de la planificación familiar a la mayor cantidad de personas, asegurando la disponibilidad de anticonceptivos efectivos, que responda a las necesidades de las personas, incremente su satisfacción y promueva la utilización de los servicios de planificación familiar con enfoque de igualdad, equidad, acceso rápido y de libre elección informada, según el nivel de complejidad (primario, secundario y terciario).

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.

Infección transmisible sexualmente: Infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Métodos anticonceptivos naturales: Son métodos reversibles de anticoncepción, por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual y absteniéndose de practicarlo (abstinencia periódica) de acuerdo con los períodos fértiles de la mujer.

Métodos anticonceptivos de barrera: Son métodos anticonceptivos de uso reversible que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.

Métodos anticonceptivos hormonales: Sustancias o combinación de sustancias esteroides que, administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea, intrauterina, vaginal, o transdérmica, evitan el embarazo.

Métodos anticonceptivos definitivos: Son métodos irreversibles de anticoncepción, que impiden la capacidad reproductiva de la persona de forma permanente, a través de un procedimiento quirúrgico, bien sea realizado al hombre o a la mujer.

Necesidad Insatisfacción de Planificación Familiar: Indicador que mide la demanda potencial por servicios de planificación familiar. Representa el porcentaje de las mujeres en edad fértil, que tienen vida sexual, no están y no desean quedar embarazadas, y no están usando anticonceptivo al momento de la atención y desean planificar.

Oportunidad en la atención: Es la posibilidad que tiene la persona de obtener los servicios que requiere, sin retrasos (en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe, con la secuencia adecuada, según normas y protocolos establecidos).

Oportunidad perdida en PF: Es la falta de captación oportuna de mujeres en edad fértil o pérdida de contacto con el sistema de salud para brindar educación e información y oferta del uso de un anticonceptivo y que se pueda llevar de inmediato el anticonceptivo de su elección. Ejemplo: usuarias acompañantes en las casas maternas, o de hospitalizados en los servicios de pediatría, cirugía, ortopedia, y otros servicios.

Periodo intergenésico: Periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto), y el inicio del actual, el tiempo normado entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente debe ser mayor de 2 años.

Salud sexual reproductiva: La Salud Sexual y Reproductiva: "Es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además, la salud reproductiva comprende la libertad y capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

V .2 Aspectos Conceptuales

La Planificación familiar (PF) constituye un derecho humano que tiene la pareja e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener una mejor calidad de salud sexual y reproductiva. (MINSA , 2015)

La Planificación Familiar es uno de los pilares de la Maternidad Segura¹. Los cuatro pilares de la maternidad segura son; la planificación familiar, la atención prenatal, el parto limpio y los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, asegurando el derecho a la vida de las mujeres, la niñez y sus familias; constituyéndose en un derecho fundamental de las personas en el amplio marco de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y los (las) hijos (as). Su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, condición de discapacidad, credo o preferencias sexuales.

En el marco conceptual del MOSAFC en su objetivo uno, define el compromiso de restituir los derechos de población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud, disponiendo que; los servicios de Planificación Familiar se brindaran dentro de los establecimientos de salud públicos y en la modalidad extramuros, para continuar satisfaciendo la demanda en zonas de difícil acceso geográfico y con barreras culturales importantes: estas incluyen información, consejería y la entrega de los métodos anticonceptivos desde la primera consulta y en cualquier día del ciclo menstrual, siempre que haya certeza que la mujer no esté embarazada, así como el seguimiento dentro y fuera de los establecimientos de salud.

Nicaragua hizo propio los compromisos de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, realizada en Cairo, Egipto en el año 1994, donde se planteó que el Enfoque de derechos; en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

Este enfoque de derechos, aplicado a la planificación familiar, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas, de las familias y de la población en general a través de los servicios integrales de calidad, por tanto, la aplicación de esta Normativa requiere de proveedores que brinden los servicios con enfoque de igualdad de género.

Para esta normativa los Enfoques y Principios de Derechos Humanos son los siguientes:

- a. **Enfoque de Derechos Humanos:** Según la Declaración Universal de Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres con igualdad de dignidad y de derechos... Es atributo de cada persona disfrutar de los derechos y las libertades, sin distinción de ningún tipo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, u otras condiciones.

¹ ” iniciativa dada a conocer mundialmente desde 1987 en Nairobi; y el Modelo de la Tres Demoras.

Actualmente en el mundo persisten limitaciones para asegurar el acceso a la planificación debido a creencias religiosas, culturales, limitaciones económicas y acceso a los métodos anticonceptivos, particularmente, en mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes, lo que significa que los gobiernos deben promover, respetar y proteger los derechos de las personas. Igualmente, las personas tienen derecho al cumplimiento de sus derechos ciudadanos.

La OMS recomienda **nueve principios de derechos humanos** a fin que pueda ponerse en práctica en los servicios de planificación familiar (*Planificación Familiar; Un Manual Mundial para Proveedores*, 3a Edición, año 2019).

Principios de los derechos humanos en la atención de las personas que acuden a los servicios de Planificación familiar	
Principio	1
	No discriminación Dé la bienvenida a todos; hombres, mujeres o Adolescentes por igual. Respete las necesidades y los deseos de cada persona. Deje de lado los juicios personales y cualquier opinión negativa. Prométase que dará a cada usuario la mejor atención que pueda.
Principio	2
	Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción Conozca los métodos anticonceptivos disponibles y cómo proporcionarlos. Ayude a conseguir la disponibilidad de suministros. No descarte ningún método para ninguna persona, ni retenga información.
Principio	3
	Accesibilidad de la información y los servicios Ayude a lograr que todas las personas puedan usar su establecimiento, incluso si tienen alguna discapacidad. No pida a los usuarios, ni siquiera a jóvenes, que obtengan permiso de otra persona para usar un determinado método
Principio	4
	Aceptabilidad de la información y los servicios: Sea amistoso y cordial, y ayude a que su establecimiento también lo sea. Piense en lo que es importante para cada persona: qué quieren y cómo quieren que se les proporcione.
Principio	5
	Calidad Mantenga actualizados sus conocimientos y aptitudes. Use buenas habilidades de comunicación. Compruebe que los anticonceptivos que proporcione no estén caducados.
Principio	6
	Toma de decisiones fundamentada Lo que usted puede hacer: Explique claramente los métodos de planificación familiar, comentando la manera en que deben usarse, cuán efectivos son y los efectos secundarios (de haberlos). Ayude a las personas a considerar qué es importante para ellos en un método de PF de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
Principio	7
	Intimidad y confidencialidad: No hable con otro personal de salud acerca de las personas a los que atiende, salvo si cuenta con su permiso y si esto fuera necesario para atenderlos. Busque un lugar donde los demás no puedan oírlos. Guarde cuanto antes los registros.
Principio	8
	Participación: Pregunte a cada persona qué piensa sobre los servicios de planificación familiar. Basándose en sus respuestas mejore la atención.
Principio	9
	Rendición de cuentas: Hágase responsable de la atención que presta a las personas y de sus derechos.

- b. **Enfoque de Derechos Sexuales y reproductivos:** La planificación familiar implica la actuación consciente y responsable de hombres y mujeres o parejas en decidir el número de hijos que desea tener, propiciar la salud materno e infantil y la paternidad responsable. En la salud reproductiva es necesario la participación de los hombres en su entorno familiar y en la planificación familiar por los beneficios que ello representa para el funcionamiento de la pareja, la familia y la sociedad. Así los programas de intervención de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1994) reconocieron el rol de los hombres en la salud reproductiva y enfatizaron en la necesidad de desarrollar más proyectos de información y servicios destinados a ellos.

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Cuando estos participan en la toma de decisiones referentes a la PF, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivos sean mayores, y que se seleccionen métodos anticonceptivos masculinos.

Toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan complacerse de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espacio de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, entre otros a los servicios de Planificación Familiar.
- No ser sometido a coerción alguna para elegir un anticonceptivo, en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.
- Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
- Que se respeten sus creencias, conocimientos, actitudes y prácticas culturales.

- c. **Enfoque de Equidad de Género:** Permite comprender como los aspectos socioculturales, institucionales y normativos que se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción, generando un trato de igual entre los hombres y mujeres.

La puesta en práctica del enfoque de género del personal de salud contribuye a reducir las inequidades para el ejercicio de los derechos de las mujeres y los hombres y la prevención de la violencia de género y abuso sexual.

Comprende:

- Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad existente y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de las familias y comunidad.
- Incluir la participación y responsabilidad de los hombres en la salud sexual y la salud reproductiva, prevención de la violencia de género, promover la información y servicios para hombres.

d. **Enfoque para la prevención de la violencia intrafamiliar:** La violencia contra la mujer en la familia tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico. Está asociada a riesgos en la salud reproductiva porque: Es causa de embarazos no planificados, crece el riesgo de aborto provocado, riesgos de contraer Infecciones de transmisión sexual y VIH-Sida, disminuye el poder de decisión mediante la privación de la libertad de cuándo y cómo utilizar métodos anticonceptivos. Incluyendo la prescripción de la anticoncepción oral de emergencia (AOE).

Comprende:

- Sensibilizar a la población y al personal de salud en el problema de la violencia familiar basada en género.
- Realizar el tamizaje y diagnóstico de violencia familiar a todas las mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Fomentar la atención integral de las víctimas de violencia tanto en el ámbito institucional como multisectorial.

e. **Enfoque de Interculturalidad:** Se refiere al respeto a las diversidades socio culturales en el país, de parte de los trabajadores de salud, conciliando sus conocimientos, actitudes y competencias con las características de género; culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad y orientación sexual, creando adaptaciones en la atención.

Comprende:

- Sensibilización al personal sobre adecuación cultural de los servicios.
- Trabajo con líderes comunitarios de salud y trabajo de pares para consejería.
- Atención comunitaria en los sectores de atención.

f. **Enfoque de Integralidad:** La integralidad es un principio del MOSAFC que implica reconocer las necesidades de salud de las personas, su familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo del curso de vida, lo cual se aborda en el protocolo de manera específica.

VI. Definición de la Norma

A. Aspectos Jurídicos

1. Establece pautas generales para la atención de calidad en los servicios de planificación familiar, estos deben cumplirse con disciplina y exactitud por el personal de salud.
2. Estandariza los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los MAC.

B. Aspectos Científicos

1. Fomenta la aplicación del protocolo en base a las evidencias científicas
2. La aplicación de la norma utiliza el método científico y el método clínico

C. Aspectos Técnicos

1. Son estándares escritos, claros, ordenados y objetivos.
2. Sus resultados se aplican en la mejora continua de la calidad.

D. Aspectos administrativos

1. Se crean parámetros de estandarización.
2. Mejora el desempeño en la prestación de los servicios de salud.
3. Es una herramienta gerencial, que debe ser conocido y aplicado por los profesionales de la salud en los ámbitos públicos y privados.
4. Es una herramienta que se complementa con el protocolo de PF.

E. Aspectos Éticos

1. Conduce a la elección informada de un método anticonceptivo por parte de los usuarios de este servicio, bajo el enfoque de derechos.

F. Aspectos de la Calidad

1. Es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad de atención
2. Permite estructurar los eventos de la atención y eficiencia en los recursos.
3. Permite medir los resultados de la atención.

VII. Objeto de la Norma

Fortalecer los servicios de planificación familiar, garantizar el respeto al derecho del hombre y de la mujer a obtener información objetiva y científica por medio de la consejería, sobre los métodos anticonceptivos de acuerdo a las características y preferencias de cada persona y a recibir atención de calidad según norma.

VIII. Campo de Aplicación

En todos los establecimientos públicos y privados del sector salud que brinden los servicios de planificación familiar, incluyendo los servicios que se brinda en la comunidad.

IX. Universo de la Norma

Todas las mujeres y hombres que requieran de los servicios de planificación familiar

X. Disposiciones

A. Generales

Las disposiciones del Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud son de estricto cumplimiento para los proveedores de planificación familiar de los servicios de salud públicos y privados.

1. Aplica los Enfoques y los Principios de derechos humanos en los servicios de planificación familiar para la mejora continua de la calidad de atención.
2. Garantiza información sobre protección dual y un MAC a las mujeres en edad fértil y con alto riesgo reproductivo, para continuar evitando muertes maternas prevenibles y la violencia basada en género
3. Asegura un método anticonceptivo en mujeres que tienen una enfermedad materna grave con la finalidad de reducir el alto riesgo reproductivo.
4. Fortalece los servicios de Planificación Familiar a fin que sean amigables y accesibles en el caso de adolescentes, personas con discapacidad, portadores de VIH y otras diversidades, con respeto, confidencialidad y el ejercicio de sus derechos de información integral en sexualidad y acceso a los servicios de PF.
5. Asegura la libre elección y acceso informado de las personas en la opción anticonceptiva que quiera tomar y bajo ninguna circunstancia se aplicará algún método sea reversible o irreversible, sin su consentimiento libre e informado.
6. No se requiere de la autorización de la pareja para optar por un MAC, incluso los irreversibles, basta la decisión personal, informada y la consejería.
7. Prohibido todo trato discriminatorio por razón de edad, sexo, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, condición económica, cultural o de cualquier índole.

8. Asegura que toda mujer que egresa por un evento obstétrico APEO o durante el puerperio, se le garantice consejería y un método anticonceptivo de su elección informada y voluntaria.
9. Dirige acciones continuas de información y promoción sobre planificación familiar para los hombres, que proporcione explicaciones sobre los factores influyentes en la salud, en la enfermedad y en la muerte de las mujeres y de los hombres; importancia en la toma de las decisiones de la pareja sobre el ejercicio de la sexualidad, paternidad y prevención de violencia intrafamiliar.
10. Prohibido inducir la aceptación de cualquier método anticonceptivo, valiéndose de engaños u ocultando información, así como toda forma de presión, coacción, violencia o manipulación sobre la persona, sus familiares o su representante legal.
11. Asegura a *las pacientes víctimas de violencia sexual que reciban anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS y el VIH* según normativa 031.
12. Asegura la oferta de los métodos anticonceptivos, inclusivo y accesible a todas las personas: con discapacidades, adolescentes, hombres, personas con VIH, postabortion, durante el puerperio y en situaciones de crisis sanitaria.
13. Garantiza que toda mujer que recibe servicios de PF se le complete **la Historia Clínica o la Historia integral para adolescente** con privacidad y confidencialidad.
14. Toda complicación, atribuible y comprobada debido al uso de un MAC, provisto por el MINSA debe ser sujeta a Fármaco vigilancia, para tomar las medidas y los recursos para el manejo de la reacción.
15. Asegura que, en los casos comprobados de incapacidad mental sea certificada por médico/ psiquiatra, para que su representante legal o tutor podrá:
 - a. Solicitar evaluación para un MAC para la persona que representa.
 - b. En el caso de solicitar una esterilización quirúrgica voluntaria, será determinada por una junta médica conformada por tres médicos (un médico Psiquiatra) y el consentimiento del tutor legal, quienes firmaran la solicitud de intervención.
 - c. El tutor acudirá al servicio de salud con la persona para el seguimiento postquirúrgico.

B. Disposiciones específicas

Nivel Central:

1. Implementa la Normativa 002 Norma y Protocolo de Planificación familiar en los SILAIS: esta función estará a cargo de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) y la Dirección General de Docencia (DGD).
2. Asegura la programación anual de los MAC, basado en las metodologías disponibles y conducidas por la DGSS y División de insumos médicos (DGIM).
3. Monitorea y supervisa la disponibilidad de los MAC en conjunto con el SILAIS, DGSS y DGIM
4. Realiza control gerencial de la Normativa lo que será reflejado en los Planes operativos respectivos.

5. Analiza y evalúa la información relacionada con la aplicación de estándares e indicadores de PF y planes de mejora, la DGSS y la Oficina Nacional de Estadísticas. (ONE)
6. Realiza retroalimentación de los resultados de estándares e indicadores de PF a los SILAIS y establecimientos de salud

SILAIS

1. Asegura la capacitación y educación continua del personal de salud sobre la Normativa 002. de PF en el primer y segundo nivel de atención.
2. Gestiona los recursos humanos, materiales y financieros que requiere el servicio de Planificación Familiar.
3. Establece mecanismos de programación y distribución que eviten que los establecimientos de salud tengan ruptura de stock en al menos tres anticonceptivos en los tres meses previos.
4. Realiza supervisión capacitante en la red de servicios, así como la información que requiere su nivel superior.
5. Asegura las actividades intra y extramuros para la mejora del acceso a los servicios de Planificación Familiar desde la institución hasta la comunidad.
6. Realiza actividades de estímulos y motivación para la red comunitaria que participa en la entrega comunitaria de MAC.
7. Brinda seguimiento y monitoreo a través de un conjunto de estándares e indicadores de calidad, a cargo del equipo directivo: responsable de enfermería y responsable de atención a la mujer y PF.

Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud (EPSS)

1. Promueve en cada persona y pareja que acude a los servicios de Planificación Familiar los derechos sexuales y reproductivos; la libre elección y acceso informado en la opción anticonceptiva más adecuada a sus necesidades, sea reversible o definitivo.
2. Brinda a cada persona consejería, un método anticonceptivo e información veraz, y oportuna sobre los MAC **desde la primera visita al EPSS respetando: el derecho a la libre elección de un MAC** y los criterios médicos de elegibilidad CME.
3. Asegura acciones educativas sobre la importancia de la doble protección (uso correcto de los condones).
4. Brinda información sobre los MAC a las personas según su necesidad, en todos los servicios especializados de salud, por ejemplo: acompañantes en los servicios de pediatría, cirugía, ortopedia, medicina interna y otros. Para el seguimiento refiere, al establecimiento de salud más cercano especificando el tipo de MAC, y la forma de entrega, cuando sea comunitaria (ECMAC).

5. Brinda información y consejería sobre SSR a la población adolescente en riesgo de embarazo o de contraer una ITS, incluyendo atención médica para la prevención de un embarazo o profilaxis de ITS y VIH (según normas).
6. Brinda servicios de Planificación Familiar para adolescentes que los soliciten o que sean referidos.
7. En el caso de las mujeres que desean embarazarse y no utilizar MAC se recomienda la ingesta de Ácido Fólico (AF) 3 meses antes del embarazo.
8. Asegura a toda paciente víctima de violencia sexual un MAC de emergencia en un lapso menor de 72 horas.
9. Brinda seguimiento a las personas que usan MAC para la adherencia al método.
10. Establece citas y seguimiento adecuando con horarios acordes a las necesidades de la población. Por ejemplo, adolescentes, indígenas, con discapacidad, migrante entre otros.
11. Planifica las actividades educación continua a los trabajadores de salud de los equipos de salud familiar y comunitaria y de la red comunitaria.
12. Incorpora a los hombres en las sesiones de información sobre para que respalde las decisiones de su pareja y contribuya en la sostenibilidad del uso del método.
13. Asegura que toda mujer que acude a las Casas maternas egrese con un MAC acorde a su necesidad.
14. Acompaña y capacita a los voluntarios de la Red Comunitaria a cargo de la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos ECMAC.

XI. Definición y elaboración de los procedimientos

1. Realizar el abordaje inicial de cada persona en el servicio de PF.
2. Consejería en Planificación Familiar.
3. Valoración de criterios médicos de elegibilidad (CME), entrega de un método anticonceptivo y **el seguimiento de las personas** que usan un MAC.
4. Promoción de los servicios de Planificación Familiar.
5. Registros de los servicios de Planificación Familiar.
6. Monitoreo de Estándares e Indicadores de calidad.

1. Realizar abordaje inicial de las personas en el servicio de PF

Luego de la bienvenida cálida y respetuosa, el personal de salud realizará una evaluación integral de la persona, basado en el enfoque de derechos humanos, que incluye tener en cuenta sus necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva, analizando los criterios adecuados, y orientando la elección y uso del método de su preferencia de manera segura. Enfatizando en que **ella pueda escoger e iniciar un método en cualquier día del ciclo menstrual desde la primera consulta, siempre que haya certeza razonable de la mujer no está embarazada.** Se solicitará información explicando de forma clara la importancia de identificar los elementos para la toma de decisiones informadas para esto se inicia utilizando la Historia **Clínica de Ingreso y Seguimiento (Anexo1)** de las usuarias al programa de planificación familiar.

Cuando la mujer es adolescente, se llenará la **Historia Integral de la Adolescente. (Anexo 2)** de esta normativa (MINSA, 2019). Con esto da inicio a la evaluación clínica en Planificación familiar la cual comprende:

- a) Indagar si ha entendido la información inicial sobre su salud sexual y reproductiva.
- b) Evaluación de la necesidad de las personas: haciendo las siguientes consideraciones de acuerdo.
 - **La mayoría de los métodos anticonceptivos no requieren que se realice ninguna exploración o pruebas** para que la persona elija de manera informada y acceda rápidamente a un **método anticonceptivo de su preferencia.**
 - La exploración ginecológica o genital es esencial para la inserción del DIU, la esterilización femenina y la vasectomía.
 - Antes de insertar el DIU es esencial evaluar el riesgo de ITS. La detección de ITS mediante pruebas de laboratorio y el análisis de la hemoglobina contribuirían a hacer que la inserción del DIU y la esterilización quirúrgica sea más segura.
 - Si la mujer tiene una probabilidad individual muy alta de exposición a las ITS, en general no se le debe colocar un DIU a menos que no se disponga de otros métodos o los disponibles no sean aceptables. hasta que estas afecciones se resuelvan y, por otra parte, cumpla los requisitos médicos para usar un DIU.
 - Para las personas con una afección conocida u otra circunstancia especial, consultese los: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Descartar el embarazo es esencial para la inserción del DIU y útil para decidir si es posible utilizar métodos hormonales.
 - La determinación de la tensión arterial no es requisito para indicar un MAC.

2. Consejería en Planificación Familiar

La consejería en planificación familiar **es la actividad fundamental** que deben desarrollar en todos los proveedores de servicios de salud luego de haber sido capacitados para realizarla. Se define como **un proceso interactivo de información y análisis** entre las personas y la persona que brinda la información, mediante el cual se les proporciona, a quienes demandan el servicio, **elementos que apoyen su decisión voluntaria, consciente e informada, para el uso de un método anticonceptivo**. La consejería debe tomar en cuenta siempre, que la decisión y el consentimiento responsable e informado de las personas deben ser respetados de manera absoluta, no debe inducir la aceptación de un determinado método anticonceptivo.

En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos. La consejería en planificación familiar ayuda a tomar decisiones libres e informadas, sobre su fecundidad, no sólo para evitar un embarazo, sino para espaciarlos o limitarlos del todo por motivos personales o de salud. **El propósito fundamental** de la consejería es lograr que, en cada consulta, los individuos o las parejas **conozcan el derecho que tienen a decidir por sí mismos, de una manera responsable, su vida sexual y reproductiva**.

Cuando las personas eligen sin presiones la forma en que desean regular sus embarazos es más probable que estén satisfechos y que el uso de cualquier método anticonceptivo (MAC) sea exitoso y consistente. La consejería debe de ser respetuosa y sincera, **tener como fin la elección y uso del método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades desde la primera visita y en cualquier día del ciclo menstrual** de la mujer o del usuario consultante y debe dirigirse a resolver las necesidades individuales de cada persona aclarar dudas y es recomendable cumpliendo con los seis pasos básicos de la técnica de consejería ACCEDA, para la orientación en la anticoncepción, tal como muestra el resumen del cuadro (1):

Cuadro 1: Seis pasos básicos de la técnica de consejería ACCEDA	
A	1. Atender con amabilidad a la persona que acude a los servicios de PF.
C	2. Conversar , consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria. Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.
C	3. Comunicar a la persona cuáles son los MAC disponibles.
E	4. Encaminar a la usuaria hacia la elección del método más apropiado o Describir cómo utilizar el método elegido
D	5. Describir cómo utilizar el Método elegido
A	6. Acordar con la usuaria la fecha de visita de seguimiento

Con la consejería se espera la elección libre e informada de un método anticonceptivo, es el derecho a la provisión de opciones anticonceptivas de manera

que se respeten y se ejerzan los derechos humanos, requiere de ayudar a cada persona a tomar decisiones informadas por sí misma. A las mujeres se las suele despojar de sus elecciones o suelen estar limitadas por factores socio culturales.

Las elecciones son complejas, requieren de un equilibrio entre beneficios y la percepción de desventajas. Los factores a tener en cuenta al elegir un método incluyen:

- Las características de la persona: edad, escolaridad, etnicidad entre otras.
- La efectividad del método
- El riesgo inicial de enfermedad
- El perfil de efectos adversos de los productos
- La disponibilidad y la preferencia de las personas o parejas.

En planificación familiar, *la elección libre es la decisión hecha por la persona con la información sobre los diferentes métodos y de acuerdo a sus necesidades y preferencias*. La elección libre e informada estimula el uso continuado de MAC mostrando de forma sencilla según la efectividad ayuda a la persona a su elección.

La elección libre e informada brinda beneficios a la usuaria y su pareja:

- Contribuye a que las personas tengan más control sobre su propia vida.
- Las incentiva a asumir más responsabilidad por su salud.
- Aumenta el uso correcto de los MAC y disminuye el abandono del MAC

Consecuencias de no asegurar una elección libre e informada.

- Uso inadecuado de un método.
- Temor e insatisfacción a causa de los efectos secundarios.
- Riesgos de salud, al no reconocer los signos de alarma de posibles complicaciones.
- Personas insatisfechas y desinformadas
- Discontinuidad del uso del método o abandono.

3. Valoración de Criterios Médicos de Elegibilidad-CME

Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos deberán ser utilizados para la elección libre e informada a cada persona según sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Los CME proporcionan orientación acerca de si las personas con ciertas afecciones médicas pueden utilizar de manera segura y efectiva métodos anticonceptivos específicos. En el protocolo de Planificación familiar se encuentran las tablas detalladas de los CME - OMS para el uso de anticonceptivos el cual deberá ser utilizado por cada proveedor de salud y cada mujer que lo requiera. Como instrumento de apoyo se utiliza el Disco para determinar los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos, que es provisto en el MINSA (Anexo 3). Una vez definido el MAC, se gestiona su entrega inmediata y se acuerda las visitas de seguimiento.

Seguimiento de la persona o pareja: Durante las visitas subsecuentes de las personas es donde se identifica cualquier alteración clínica, el cambio de método, la información que evalúa la calidad de atención en el servicio o cualquier aclaración, que debe ser anotada en el expediente clínico. En la Historia Clínica de ingreso y seguimiento de usuarias de planificación familiar, se anotan los aspectos clave encontrados en la visita de seguimiento. El seguimiento es determinante para asegurar los derechos de SSR y mantener la adherencia al método anticonceptivo, el Censo de PF permite hacer las anotaciones de la próxima cita. (Anexo 4)

4. Promoción de los servicios de Planificación Familiar

Las actividades se brindarán a las personas y parejas en forma individual, grupal o a través de medios masivos, el contenido principal de los mensajes será:

- Enfoque y principios de los Derechos sexuales y reproductivos sin discriminación (personas adolescentes, con discapacidad, indígenas, muy pobres entre otros.)
- Protección dual, sexualidad
- Prevención de la violencia de género.
- Ubicación de los y lugares de entrega de MAC en cada comunidad.

5. Registros de los servicios de Planificación Familiar

El personal recolectará información a través de los formatos de los servicios de Planificación Familiar, considerando que este no debe ser barrera **para una buena consejería y la entrega del MAC desde la primera visita**, siempre que haya la certeza razonable que la mujer no esté embarazada, pero sabiendo que los registros son importantes generadores de las evidencias del servicio.

- 1) Historia clínica de ingreso y seguimiento de PF (Anexo 1)
- 2) Historia Integral del Adolescente y Hoja de Evolución (Anexo 2)
- 3) Disco para determinar los criterios médicos de elegibilidad (Anexo 3)
- 4) Censo de Planificación familiar (Anexo 4)
- 5) Censo comunitario ECMAC (Anexo 5)
- 6) Consentimiento informado de acuerdo a la Normativa 004. Para el manejo del Expediente Clínico (Anexo 6).
- 7) Reporte mensual de servicios de planificación familiar (Anexo 7)

El establecimiento hospitalario deberá llevar

- 8) La Hoja de registro de anticoncepción post evento obstétrico. (Anexo 8)
- 9) Libro de registro de los egresos hospitalarios de personas de EQV. (Anexo 9)

Instrumento de monitoreo de calidad

- 10) Listas de Chequeo para la Medición de Estándares e Indicadores de PF, este proceso se realiza posterior al proceso de atención. (Anexo 10)
- 11) Bases de datos de las personas en Planificación familiar

A continuación, se detallan cada Formato de registro de los servicios de Planificación Familiar

a. Historia clínica de ingreso y seguimiento de PF.

- a) El expediente clínico debe contener la **Historia clínica de ingreso** y seguimiento de las personas al programa de planificación familiar de las mujeres mayores de 20 años (Anexo 1).
- b) Si la mujer es menor de 20 años el expediente clínico deberá tener:

b. Historia integral del Adolescente y Hoja de evolución (Anexo 2)

A cada mujer se realizará una evaluación integral enfatizando descartar un embarazo y la identificación de los factores de riesgo que pueden contraindicar el uso de algún MAC. Se actualiza cuando se hayan cumplido las 6 visitas de seguimiento. De acuerdo a la capacidad resolutiva del EPSS se referirá a la persona a otro nivel de atención, cuando no exista la capacidad de proporcionar el MAC elegido, como por ejemplo en los casos de EQV, o colocación de un DIU si no hay personal entrenado.

También deberá contener una nota del médico o del personal de salud que brindó el servicio, que incluya el examen físico y el MAC elegido por la usuaria durante la consejería, desde la primera cita, **en que da inicio la planificación familiar**, en el seguimiento debe incluirse un SOAP. Una vez concluida la atención se hace entrega del **Carnet de planificación familiar** donde se registra el seguimiento de las visitas de la usuaria y se le invita a continuar su método anticonceptivo y volver siempre que lo necesite.

c. Disco para determinar los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (Anexo 3)

Este disco incluye los criterios médicos de elegibilidad para comenzar a utilizar métodos anticonceptivos, según lo indicado en los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 5.a edición (2015). Orienta al personal de salud en planificación familiar para que recomiendan métodos anticonceptivos seguros y eficaces a las mujeres que tienen condiciones médicas o características médicas relevantes. Se encuentra de manera electrónica disponible como “Adaptación interactiva para la navegación Web de los criterios médicos de elegibilidad”.

El disco incluye recomendaciones para utilizar 9 métodos anticonceptivos:

1. Anticonceptivos orales combinados, AOC (AOC de dosis baja, con ≤ 35 µg de etinilestradiol)
2. Parche anticonceptivo combinado, PAC
3. Anillo vaginal anticonceptivo combinado, AVC
4. Anticonceptivos inyectables combinados, AIC
5. Anticonceptivos orales con progestágeno solo, AOPS
6. Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo, AMPD (IM, SC) /EN-NET (acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular o subcutáneo, o enantato de noretisterona intramuscular)
7. Implantes con progestágeno solo, LNG/ETG (levonorgestrel o etonogestrel)
8. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, DIU-LNG
9. Dispositivo intrauterino con cobre, DIU-Cu

Cómo usar el disco para la elección de un MAC.

El Disco hace coincidir los métodos anticonceptivos, que se muestran en la rueda interna, con las características o condiciones médicas específicas que se muestran en el borde externo. Los números que se muestran en el espacio de visualización indican si la mujer que tiene esta característica o condición médica conocida puede comenzar a utilizar el método anticonceptivo.

Las categorías 1 y 4 son recomendaciones claramente definidas. Para las categorías 2 y 3, puede requerirse un mayor criterio clínico y un atento seguimiento. Si el criterio clínico es limitado, las categorías 1 y 2 significan que el método puede utilizarse, y las categorías 3 y 4 significan que el método no debe utilizarse.

Ilustración 1. Recomendaciones para el uso de los CME

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	SÍ (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	NO (No use el método)
4	No se debe usar el método	

Sin restricciones para algunas condiciones médicas: existen muchas condiciones médicas en las que pueden utilizarse TODOS los métodos (es decir, todos los métodos de las categorías 1 o 2). Algunas de estas condiciones se incluyen en el reverso del disco. Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero. Solo el uso correcto y sistemático de los preservativos, masculinos o femeninos, protege contra la transmisión de ITS/VIH.

El disco de los CME incluye **mensajes sobre la protección contra la transmisión de ITS/VIH** y una nueva organización de las condiciones y características médicas relevantes.

Así como también nuevas **recomendaciones sobre las píldoras anticonceptivas de emergencia, y Diu con cobre para la anticoncepción de emergencia** la cual se ejemplifica en la ilustración 2:

Ilustración 2. Anticoncepción de Emergencia. CME

Píldoras anticonceptivas de emergencia			
CONDICIÓN	AOC	LNG	AUP
Embarazo	NA	NA	NA
Lactancia materna ^a	1	1	2
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
Obesidad ^b (IMC ≥ 30 kg/m ²)	1	1	1
Historia de cardiopatía grave (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos)	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática grave (incluso ictericia)	2	2	2
Inductores de la CYP3A4 ^c (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/Hypericum perforatum)	1	1	1
Uso repetido de las píldoras anticonceptivas de emergencia ^d	1	1	1
Violación	1	1	1

DIU con cobre para anticoncepción de emergencia

Este método es muy eficaz para prevenir el embarazo. Puede utilizarse en el lapso de 5 días del coito sin protección como anticoncepción de emergencia. Sin embargo, cuando se pueda estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede introducirse más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días desde la ovulación.

Los criterios de elegibilidad para la inserción general del DIU-Cu también se aplican para la inserción del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia.

CONDICIÓN	DIU-Cu
Embarazo	4
Violación	
a) Alto riesgo de ITS	3
b) Bajo riesgo de ITS	1

Abreviaturas
 AOC= Anticonceptivo oral combinado; AUP= Acetato de ulipristal;
 DIU-Cu= dispositivo intrauterino con cobre; LNG: levonorgestrel;
 NA= no aplica; PAE= Píldora anticonceptiva de emergencia

^a No se recomienda la lactancia materna durante una semana después de recibir AUP porque este se excreta en la leche materna.
 Durante este período, la leche materna debe extraerse y desecharse.

^b La eficacia de las PAE puede ser menor en las mujeres con un IMC ≥ 30 kg/m² que en las mujeres con un IMC < 25 kg/m².
 A pesar de esto, no existen cuestiones de seguridad.

^c Los inductores potentes del CYP3A4 pueden reducir la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia.

^d El uso reiterado de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones de anticonceptivos.
 El uso reiterado o frecuente de las PAE puede ser perjudicial para las mujeres con condiciones clasificadas como categoría 2, 3 o 4 para el uso de anticoncepción hormonal.

d. Censo de Planificación Familiar. (Anexo 4)

Hay dos censos: un **Censo de planificación familiar** institucional que sirve para el registro de las personas que acuden a PF en los establecimientos de salud y el otro “Censo comunitario de Planificación Familiar, se implementa para la Entrega comunitaria de métodos anticonceptivos realizado por voluntarios. El censo de PF institucional es un registro nominal de personas que usan los servicios de PF. Su análisis permite calcular las coberturas reales en el uso de MAC por edad, por tipo de MAC y en grupos importantes como adolescentes. Registra datos de consumo de MAC útil para la gerencia.

e. El Censo comunitario de Planificación familiar ECMAC (Anexo 5)

Es el listado nominal de personas usuarias de MAC subsecuentes, que sirve para el registro y control de la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos ECMAC, este permite identificar las mujeres con necesidades insatisfechas en PF en la comunidad. Su análisis permite medir la eficacia de la entrega de los métodos en cada comunidad.

f. Consentimiento Informado para la Esterilización quirúrgica EQV e inserción de DIU. (Anexo 6)

Se utiliza el formulario de la Norma 004.Para El Manejo Del Expediente Clínico y Manual para el manejo del Expediente clínico. Formato P 221. (Nlc., 2013)

g. Reporte Mensual de servicios de planificación familiar (Anexo 7)

Este instrumento sirve para el registro rutinario de los servicios de planificación familiar, es llenado por el personal de salud. La discontinuidad de este reporte afecta los datos reales de coberturas acumuladas.

h. Hoja de registro de Anticoncepción post evento obstétrico (Anexo 8)

Se llenará la Hoja de Registro APEO del 100% de las personas tomando como fuente primaria el expediente clínico de la usuaria. Con los datos registrados en esta hoja, se deberá actualizar la base de datos de APEO en Excel.

i. Hoja de registro de Anticoncepción por EQV (Anexo 9)

Con el debido asesoramiento y el consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse de manera segura a una Esterilización quirúrgica voluntaria. Se llenará la Hoja de Registro de anticoncepción por EQV del 100% de las personas tomando como fuente primaria el expediente clínico, y además se registra en el libro de egresos hospitalarios por EQV, para un reporte mensual.

j. Listas de Chequeo para la medición de Estándares e Indicadores de PF. Incluye PF de intervalo y APEO (Anexo 10)

Después de la selección aleatoria de los expedientes, se procederá a la aplicación de las listas de chequeo. El objetivo es conocer de manera retrospectiva la identificación de problemas o debilidades en la calidad y diseñar intervenciones a corto plazo que evitarán que el problema vuelva a ocurrir. En el establecimiento de salud el equipo deberá revisar una vez al mes 20 expedientes clínicos de las personas de PF como fuente de datos principal, pero además los libros de registro, libros de actas, entrevistas a personas (os) y en casos la observación.

k. Bases de datos de personas en Planificación Familiar.

Son matrices diseñadas en Excel, contiene la información de las personas que acceden a la planificación familiar de intervalo y a las de anticoncepción post evento obstétrico. (APEO). Los equipos de calidad de cada establecimiento serán los encargados de analizar los resultados del monitoreo, del registro de los datos en la base electrónica y de enviar un informe al responsable de la salud materna del SILAIS, en los primeros cinco días de cada mes.

Las bases de datos son:

1. Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en PF. (Cuadro1)
2. Matriz de PF de Intervalo. (Cuadro 2)
3. Consolidado APEO por mes por unidad de salud. (Cuadro 3)
4. Consolidado de APEO del SILAIS (Cuadro 4)

6. Monitoreo de la atención por medio de los Estándares de calidad

La aplicación de los estándares e indicadores de Planificación Familiar permitirá medir el nivel de la calidad de los servicios brindados a las personas (os) que acuden a los diferentes establecimientos de salud, tanto del primero como del segundo nivel de atención.

Se establecerán mecanismos de aseguramiento de la calidad en los procesos de atención en PF por medio de la “Matriz de construcción de los Estándares e Indicadores de Planificación Familiar” según las siguientes dimensiones de calidad.

1. Dimensión de calidad: Competencia técnica
2. Dimensión de calidad: Eficacia
3. Dimensión de calidad: Competencia clínica administrativa
4. Dimensión de calidad: Oportunidad y Acceso
5. Dimensión de calidad: Seguridad
6. Dimensiones de la calidad: satisfacción de la usuaria (o)

Umbral: Nivel Mínimo Aceptable del 90%. Cuando los resultados estén abajo de lo esperado (80%) se deberán desarrollar acciones con el equipo para mejorar a corto plazo estos indicadores. Cada indicador tiene previsto un umbral. A continuación, se detalla la matriz de construcción de los **Entandares e indicadores de Planificación familiar en la matriz 1.**

Matriz No 1. Estándares e Indicadores de Planificación Familiar
Los indicadores deben ser evaluados diferenciando las personas menores de 20 y las mayores de 20 años.

Estándar	Indicador/ Umbral	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica recolección de datos	Responsable
Competencia técnica							
1.El MAC entregado a la persona está acorde a los CME descritos en la Normativa 002 (Norma y Protocolos)	1.Porcentaje de personas que recibieron el MAC acorde a lo establecido en la normativa 002 Umbral aceptable 100%	Numerador personas que reciben MAC según Norma Denominador Total, de personas que reciben MAC en el periodo <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Los CME recomendados por OMS para la indicación de MAC están clasificados en 4 categorías.	Revisión de expedientes Datos de estadísticas del establecimiento de salud.	Mensual	Monitoreo mensual de expedientes	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
2. Establecimiento de Salud garantiza información sobre protección dual a personas que reciben atención en PF.	Porcentaje de personas que recibieron información sobre protección dual. Umbral aceptable 100%	Numerador: Personas que recibieron información sobre protección dual Denominador: Total de Personas de P.F. <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Personas del programa de PF que recibieron información sobre el condón para la prevención de embarazo e ITS/VIH.	Expedientes, Censo de PF Registros estadísticos de la unidad de salud. Resultados de las encuestas	Mensual Encuestas trimestrales	Monitoreo de expedientes Gerencia del Censo de PF Encuestas.	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
Eficacia							
3. Toda mujer que egresa por un evento obstétrico, o durante el puerperio se le garantizará consejería y método de elección de PF según los criterios médicos de elegibilidad y elección informada y voluntaria.	3.1 Porcentaje de mujeres pos-evento obstétrico (APEO) o en puerperio que recibieron consejería en PF antes de su egreso. Umbral aceptable 100%	Numerador: Puérperas que recibieron consejería Denominador: total de puérperas egresadas <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Consejería Balanceada, complementada con la técnica ACCEDA	Base de datos APEO	Mensual	Transcriba de la base de datos de APEO la información correspondiente a la consejería y al uso de MAC artificiales.	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
	3.2 Porcentaje de mujeres con APEO que egresaron con un método y elección informada y voluntaria. Umbral mínimo aceptable 90%	Numerador: Mujeres APEO que recibieron un MAC Denominador: total de puérperas Egresadas <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Se consideran métodos artificiales de PF los métodos temporales de barrera, mecánicos y hormonales y los métodos permanentes	Base de datos APEO	Mensual	Transcriba de la base de datos de APEO la información correspondiente a la consejería y al uso de MAC artificiales.	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF

Estándar	Indicador/ Umbral	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica recolección de datos	Responsable
	3.3 Porcentaje de mujeres Post evento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado Umbral: 100%	Numerador: Mujeres que mencionaron 2 beneficios y 2 cuidados del MAC seleccionado Denominador: Total de personas encuestadas. <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Durante la consejería, se orienta sobre los MAC según CME para la elección voluntaria por la usuaria del MAC que más conviene a sus necesidades reproductivas y a su salud. Luego se brinda información sobre beneficios y riesgos del MAC elegido	Encuestas	Trimestral	Encuestas Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagando en la encuesta de satisfacción de las personas	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
4.Toda víctima de violencia sexual deberá recibir anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH	Porcentaje de víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH (que son atendidas en los establecimientos de salud) Umbral 100%	Numerador: No. de víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH Denominador: Total de víctimas de violencia sexual atendidas <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Toda víctima de violencia sexual debe recibir tratamiento post exposición que incluye: anticoncepción de emergencia y profilaxis para ITS/VIH	Expedientes clínicos Registro de víctimas de violencia sexual	Mensual	Monitoreo de expedientes clínicos	Responsable de Salud Materna, jefa de enfermería o Jefa de Servicio de Emergencia
Competencia clínica y administrativa							
5.Todas las mujeres que reciben servicios de PF se le deberá llenar la Historia Clínica o la Historia Integral de Adolescentes con todas las actividades normadas	Porcentaje de mujeres que reciben servicios de PF que se le llena la Historia Clínica o la Historia Integral de la Adolescente con todas las actividades normadas Umbral 100%	Numerador: No. de expedientes clínicos de PF que cumplieron con la normativa para el llenado de la Historia Clínica o Historia Integral del Adolescente Denominador: Total de expedientes clínicos de PF <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Cada expediente de PF deben tener la Historia Clínica o Historia del Adolescente según la edad de la usuaria	Expedientes Clínicos	Mensual	Monitoreo de Expedientes	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
Oportunidad y Acceso							
6.La persona de PF acude regularmente para seguimiento y entrega del MAC que ha elegido	Porcentaje de personas que asisten regularmente para su seguimiento y entrega del MAC que ha elegido Umbral mínimo aceptable 90%	Numerador: Personas que asisten regularmente de acuerdo a su cita según método. Denominador: Total de personas citadas en el mismo período. <u>Numerador</u> x 100 Denominador	personas que asisten al programa periódicamente de acuerdo a cita y método seleccionado para adquirir sus MAC.	Censo de PF	Mensual	Directa localizar en el censo de usuarias de PF las citadas en el periodo a monitorear y verifique cuántas acudieron a su cita; (adherencia al uso de un MAC).	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF

Estándar	Indicador/ Umbral	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica recolección de datos	Responsable
7. Establecimiento de salud no tiene ruptura de stock en al menos tres anticonceptivos en los tres meses previos.	Porcentaje de establecimientos de salud sin ruptura de Stock en al menos 3 anticonceptivos en los tres meses previos Umbral 100%	Numerador: No de establecimientos de salud sin ruptura de Stock en al menos 3 MAC en los tres meses previos. Denominador: Total de Establecimientos evaluados. <u>Numerador</u> x 100 Denominador	No tener ruptura de stock significa que en los tres meses previos no hubo ningún día de desabastecimiento en 3 métodos como mínimo. Ello garantiza la disponibilidad constante de al menos la oferta de 3 MAC		Trimestral		Responsables de Salud Materna y Responsable de Insumos Médicos
Seguridad							
8. Asegurar que toda persona que se realice esterilización quirúrgica voluntaria se le cumplan las indicaciones establecidas en la normativa 002 norma y protocolo de PF	Porcentaje de personas con esterilización quirúrgica voluntaria a quienes se les cumplieron las indicaciones establecidas en la norma y protocolo de PF Umbral 100%	Numerador: personas en quienes se cumplió las indicaciones establecidas en la norma Denominador: el total, de mujeres / hombres con esterilización quirúrgica voluntaria <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Esterilización quirúrgica voluntaria, es un método anticonceptivo no reversible en mujeres (ligadura de trompas) y en hombres (vasectomía), elegido de manera voluntaria. Es requisito que la persona firme la hoja de consentimiento informado	Expediente Clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	Dirección o subdirección del E/S
Satisfacción de la usuaria (o)							
9. Toda persona que recibe servicios de PF manifiesta que se les ofreció privacidad en la atención recibida sin discriminación de ningún tipo,	Porcentaje de personas satisfechas con la privacidad proporcionada en la atención Umbral 100%	Numerador: personas que mencionaron estar satisfechas con la privacidad proporcionada en la atención en PF Denominador: Total de personas encuestadas. <u>Numerador</u> x 100 Denominador	Visita a los ambientes de atención de PF	Entrevistas a las personas Observación directa	Cada tres meses	Encuestas de satisfacción de usuarias (os)	Responsable de salud materna y jefe de servicio de PF
10.Toda persona que recibe servicios de PF manifiesta que se le entregó el MAC que ella decidió desde el primer contacto, de acuerdo a la oferta institucional.	Porcentaje de personas satisfechas con recibir desde el primer contacto el MAC que eligió de acuerdo a la oferta institucional Umbral 100%	Numerador: personas que mencionaron satisfacción con el MAC elegido Denominador: Total de usuarias	personas que visitan los establecimientos de salud institucionales o comunitarios (extramuros)	Encuestas de satisfacción de usuarias (os)	Cada tres meses	Entrevistas a las usuarias (os)	Responsable de salud materna y jefe de servicio de PF

Estándar	Indicador/ Umbral	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica recolección de datos	Responsable
11. Todo persona menor de 20 años y más de 20 años que refiere que recibió sus MAC a través de ECMAC	Porcentaje de personas menores o iguales a 19 años y mayor de 20 años que reciben los MAC vía ECMAC Umbral 100%	Numerador: Número de personas que reciben MAC por vía ECMAC Denominador Total de consumo de MAC vía ECMAC/ total de MAC consumidos	personas subsecuentes de las comunidades con ECMAC	Censo comunitario de PF ECMAC	Cada tres meses	Entrevistas a las personas	Responsable de salud materna y jefe de servicio de PF

***Metodología aleatoria sistemática:** Para la selección de la muestra de expedientes a revisar en un determinado periodo, se aplica una formula simple tomando como numerador el número de personas atendidas en ese período, dividido por el número de expedientes que se tiene establecido revisar en ese mismo periodo y este resultado será el intervalo para la selección de los expedientes.

A continuación, se presenta un ejemplo: En el establecimiento de salud X el equipo estableció que se van a revisar mensualmente 20 expedientes de mujeres en PF. En el mes X se atendieron en el servicio de Planificación Familiar a 58 mujeres, entonces se divide este número (58) entre los 20 expedientes que el equipo tiene establecido que se van a revisar mensualmente. El resultante de esta división es 2.9, lo que significa que el intervalo para la selección de los 20 expedientes será a cada 3 expedientes, hasta completar los 20 expedientes a revisar en el mes.

La fuente de datos será fundamentalmente el expediente clínico, pero, además, los libros de registros de casos, libros de actas, listas de cheques, entrevistas a las mujeres y en ocasiones la observación directa. Se recomienda realizar por cada establecimiento el monitoreo mensual de 20 expedientes clínicos por cada indicador.

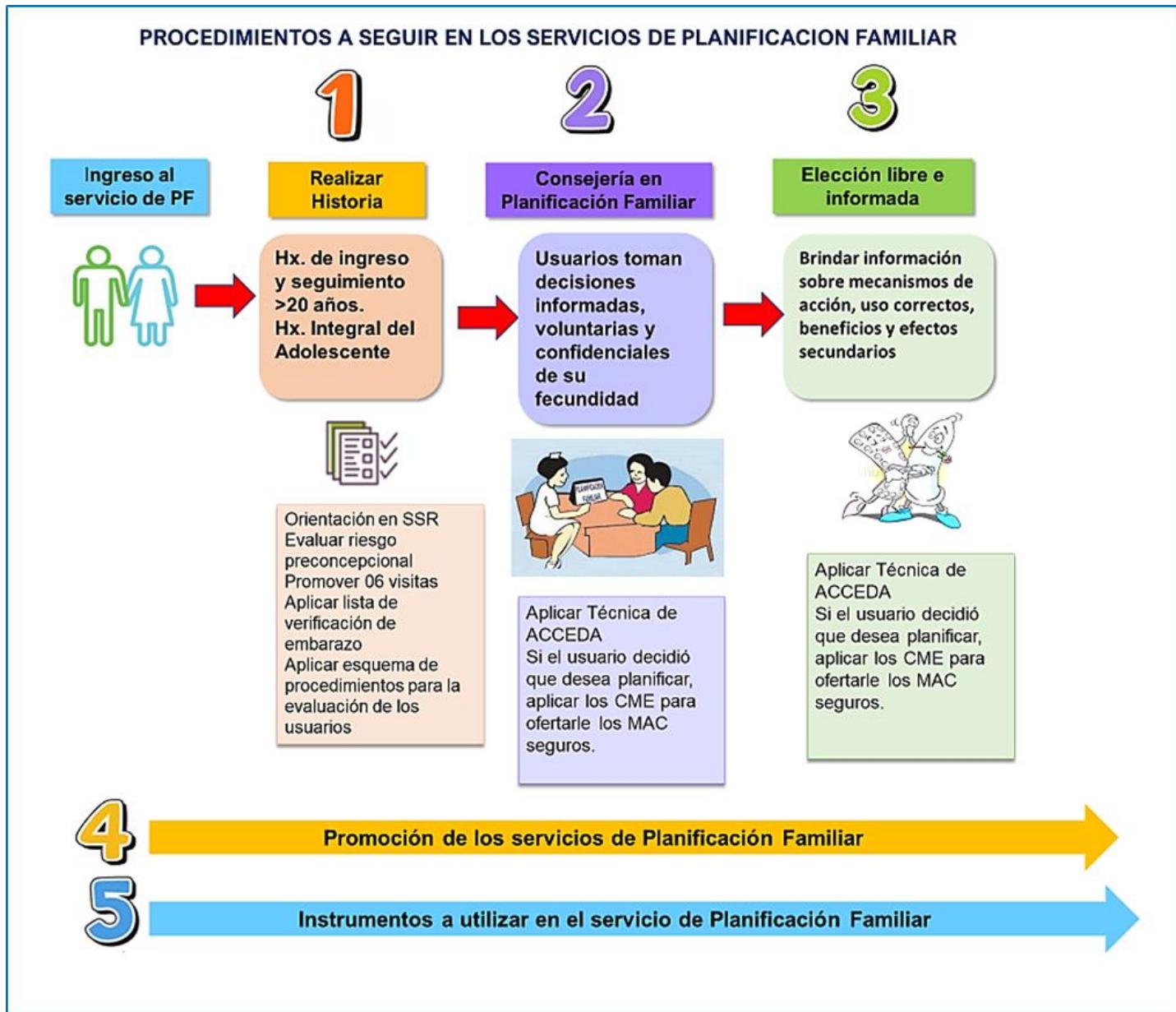
XII. Bibliografía

- CEPAL. (Agosto de 2013). https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/S20131037_es.pdf.
- ENDESA 2012. (2012). ENDESA 2011/12. INIDE. Nicaragua. Managua: Managua.
- Guttmacher Institute. y UNFPA. (2017). *Reporte publicado por el Guttmacher Institute*. UNFPA.
- Hesperian Health Guides*. (s.f.). Obtenido de
[https://es.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Anticonceptiva_de_emergencia_\(la_%E2%80%98p%C3%ADdora_del_d%C3%A9sigeante%E2%80%99\).](https://es.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Anticonceptiva_de_emergencia_(la_%E2%80%98p%C3%ADdora_del_d%C3%A9sigeante%E2%80%99).)
- Hopkins, OPS/USAID/John. (s.f.). *Planificacion Mundial. Un manual mundial para proveedores* 2019.
- ICPD. (2019). Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa.
- IPAS Mexico. (2015). Obtenido de
https://ipasmexico.org/biblioteca/anticoncepcion/PDF_OMS_Cartera.pdf
- Mexico, M. d. (2010). Obtenido de Fuente:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- MINSA . (2015). *Norma y Protocolo de Planificación familiar* . Managua.
- MINSA . (2019). *Manual Tecnico Operativo para la Entrega Comunitaria de metodos anticonceptivos ECMAC, Tercer Edicion*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2019). *Normativa 095. Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2020). *Datos Estimaciones de poblacion segun INIDE* . Managua: MINSA.
- MINSA. (2020). *Normativa 011, Tercera Edicion*. Managua: MINSA.
- NIc., M. (2013). www.minsa.gob.ni.
- OMS. (2015). *Criterios Medicos de Eligibilidad para el uso de metodo anticonceptivos. 5ta.Edicion*.
- OMS. (2015). La cumbre de desarrollo sostenible 2015. Objetivos de Desarrollo Sostenible . OMS.
- OMS -OPS, USAID, Universidad Johns Hopkins. (2019). *Planificacion Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores* . WDC.
- OMS Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. (2018. Tercera Edicion). *Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. OMS.

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- OMS-USAID-Johns Hopkins. (2019). *Planificacion familiar Un Manual Mundial para Proveedores.* Tercera edición. OMS.
- OPS. (2015). *Anticoncepcion de Emergencia segun criterios medicos de elegibilidad. 5ta.Edicion .*
- OPS. (2018). *Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.* Tercera Edicion.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2013). *Definitions of infertility and recurrent pregnancy los: a committee opinion. Fertil Steril* 2013;99:63.
- Santiso Galvez Roberto MD. Ward Victoria M, M. B. (Julio de 2015). <https://nicasalud.org.ni/wp-content/uploads/2016/07/USAID-MEASURE-EVALUATION-2015-PLANIFICACION-FAMILIAR-EN-NICARAGUA-LOGROS-DE-50-A.pdf>. Obtenido de Measure Evaluation -USAID.
- UNFPA. (2019). *Situacion de las uniones a temprana edad en Nicaragua. (pagina 31).* Managua: UNFPA.
- UNFPA. (2020). *Atencion en salud Sexual y reproductiva y Planificacion familiar durante la emergencia sanitaria por el COVID(resumen interino).* UNFPA.
- UNFPA. (2020). *Atención en salud Sexual y reproductiva y planificación familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 . Resumen técnico Interino del UNFPA del mes de abril 2020.* UNFPA.
- USAID/OPS/ John HopKing. (2019). *Planificacion Familiar. Un manual mundial para proveedores.* Edicion 2019. Pag 3387339.
- MINSA. Norma 095: Guía para la atención integral de las y los adolescentes. Nicaragua 2019.
- Planificación familiar: Clave para el desarrollo sostenible. Julio 10, 2017.
<https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
- https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/00%20UNFPA%20Folleto%20UTE_0.pdf
- Profesionales por la salud PSI Nicaragua, Atención integral de adolescentes y jóvenes. Julio 27, 2019.
- Guía de Métodos Anticonceptivos. 2020. <http://www.fda.gov/birthcontrol>

XIII. Flujograma



XIV. Anexos

Anexo No. 1

Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar

SILAIS: _____ Municipio _____ Unidad de Salud _____ Fecha _____ Nombre y apellidos _____ Edad _____ Expediente No. _____ Domicilio: _____ Teléfono _____ No de hijos vivos _____			
Alfabeta: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Estudios realizados: Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Estado Civil: Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión Estable <input type="checkbox"/> Religión Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Morava <input type="checkbox"/> Otra _____ Ninguna Ocupación Ama de Casa <input type="checkbox"/> Maestra <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Agricultora <input type="checkbox"/> Profesionala <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Riesgo Reproductivo: Si <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Familiares: HTA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tuberculosis SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca mama SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diabetes SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Epilepsia SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca Cu SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	Patológicos Personales: HTA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Endocrinopatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Epilepsia SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diabetes SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trast. Psiquiátricos SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Várices M. inferiores SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cardiopatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ITS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tabaquismo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nefropatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca de mama SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alcoholismo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hepatopatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca Cu SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Drogadicción SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tuberculosis SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trombosis venosa SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Infertilidad SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	Gineco - Obstétricos: FUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intervalo intergenésico _____ meses Gestas _____ Hijos muertos antes _____ Partos _____ del 1er mes de vida SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Abortos <input checked="" type="checkbox"/> Hijos con trastornos _____ Cesárea <input checked="" type="checkbox"/> genéticos SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Óbitos <input checked="" type="checkbox"/> Hemorragias obstétricas SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ectópico <input checked="" type="checkbox"/> No. de compañeros sexuales _____		
	Captación para Planificación Familiar APEO <input type="checkbox"/> Intervalo <input type="checkbox"/> ECMAC <input type="checkbox"/>		
	Exámenes	Papanicolaú previo normal: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Toma de Papanicolaú actual Fecha _____ Resultado normal: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Auto examen de mamas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Examen VIH Realizado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		Examen Físico General: FC: _____ FR: _____ P/A : _____ Peso en Kg: _____ Talla: _____ Índice de Masa Corporal _____ Cardiopulmonar: _____ _____	

Examen de mamas: _____

Abdomen: _____

Ginecológico: _____

Miembros Inferiores: _____

Sospecha de maltrato:

¿Quién o quienes participaron en la decisión de utilizar un método anticonceptivo?

El marido (esposo o compañero) ambos un familiar ella misma Sí fue ella misma: ¿Su marido está de acuerdo? Si No Observe a la usuaria y marque: Poco Comunicativa SI NO Lesiones físicas SI NO Expresa espontáneamente maltrato SI NO

Avalúo: (Comente a cual categoría de elegibilidad médica corresponde el método seleccionado por la usuaria)

Planes:

Visitas Subsecuentes

En las visitas subsecuentes, cualquier alteración clínica encontrada o el cambio de método, además de ser anotada en este cuadro amerita ser comentada en una nota clínica que se registre en el expediente.

Fecha (día, mes y año)					
Edad					
Peso					
Indice de masa corporal					
Presión arterial					
¿Tiene algún factor de Riesgo Reproductivo?					
SI/NO					
Método anticonceptivo que usa actualmente					
¿Existen reacciones adversas o efectos no deseados del método anticonceptivo? SI/NO					
¿Hay cambio de método en esta visita? SI/NO					
Consejería en PF y protección dual					
Fecha de próxima visita					
Nombre de quien brinda la atención					

Instructivo para el llenado de la Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar

1. **Datos Generales:** Marcar y completar las casillas
2. **Datos Socio económicos:** Marcar y completar casillas
 - ✓ **Alfabeta:** Marque con una X en Si o No según si la usuaria lee y escribe.
 - ✓ **Estudios Realizados:** Si la usuaria lee y escribe, grado que aprobó o marcar con una X las opciones.
 - ✓ **Estado Civil:** Marque con una X según corresponda.
 - ✓ **Religión:** Marque X en la casilla correspondiente a la religión que profesa la usuaria.
 - ✓ **Ocupación:** Pregunte a la usuaria a qué se dedica. Si no cabe en las opciones de la historia, especificar el tipo de trabajo de la usuaria.

3. Riesgo Reproductivo o Preconcepcional: Marcar si la usuaria presenta riesgos indicados

Antecedentes: Están agrupados en tres categorías:

- a) **Antecedentes Familiares:** pregunte según las patologías descritas en la historia clínica cuales han padecido sus familiares en primer y segundo grado de consanguinidad.
- b) **Antecedentes Patológicos Personales:** pregunte sobre cada una de las patologías descritas, marcar SI o NO según corresponda.
- c) **Gineco - Obstétricos:** Marque con una X en la casilla que corresponda, en el caso de la FUR anote la fecha del primer día, el mes y el año en que se presentó.

4. Captación para Planificación familiar: Marque como fue captada.

- ✓ Marque **APEO** si fue captada en Postparto, post cesárea, posabortedo, Post embarazo ectópico, post embarazo molar).
- ✓ Marque **Intervalo** si la usuaria fue captada fuera de un evento obstétrico.
- ✓ Marque **ECMAC** si a la usuaria se le dará seguimiento a través de la ECMAC.

5. Exámenes

- ✓ **Papanicolaou previo normal** marcar con una X, SI o NO, según el resultado más reciente, en los últimos tres años.
- ✓ **Toma de Papanicolaou actual:** anotar la fecha en que se toma la muestra y tener presente actualizar con los resultados obtenidos analizados durante la consulta subsecuente.
- ✓ **Auto examen de mamas** anote en la casilla si la usuaria se lo está realizando o no.
- ✓ **Examen VIH realizado** anote en la casilla correspondiente SI o NO.

6. Examen Físico General

Anotar claramente los datos: FC (Frecuencia Cardíaca), FR (Frecuencia Respiratoria), P/A (Presión Arterial), Peso en Kg, talla en cm e IMC (Índice de Masa Corporal). En el resto del examen físico describir lo más relevante en los espacios en blanco.

7. Sospecha de maltrato

Preguntar ¿Quién o quienes participaron en la decisión de optar por la Planificación Familiar? y marcar con una X en la casilla correspondiente, él o la persona que decidió que la usuaria planificara. Si fue ella misma, preguntar ¿Su marido está de acuerdo? En esta sección marcar SI o No en la casilla correspondiente. Observar la actitud demostrada por la mujer durante la consulta, y tome como referencia: si la observa poco comunicativa, márquelo en la casilla correspondiente. Si ella expresa espontáneamente maltrato: Márquelo en la casilla correspondiente y apóyele.

8. Avalúo

En esta sección considere y anote los factores de riesgo reproductivo encontrados y el criterio de elegibilidad clínica (I-II-III-IV) que se tomó en cuenta para la selección del MAC más conveniente para la usuaria.

9. Planes: Anotar el método acordado en la consejería y prescrito, y la fecha de la cita siguiente.

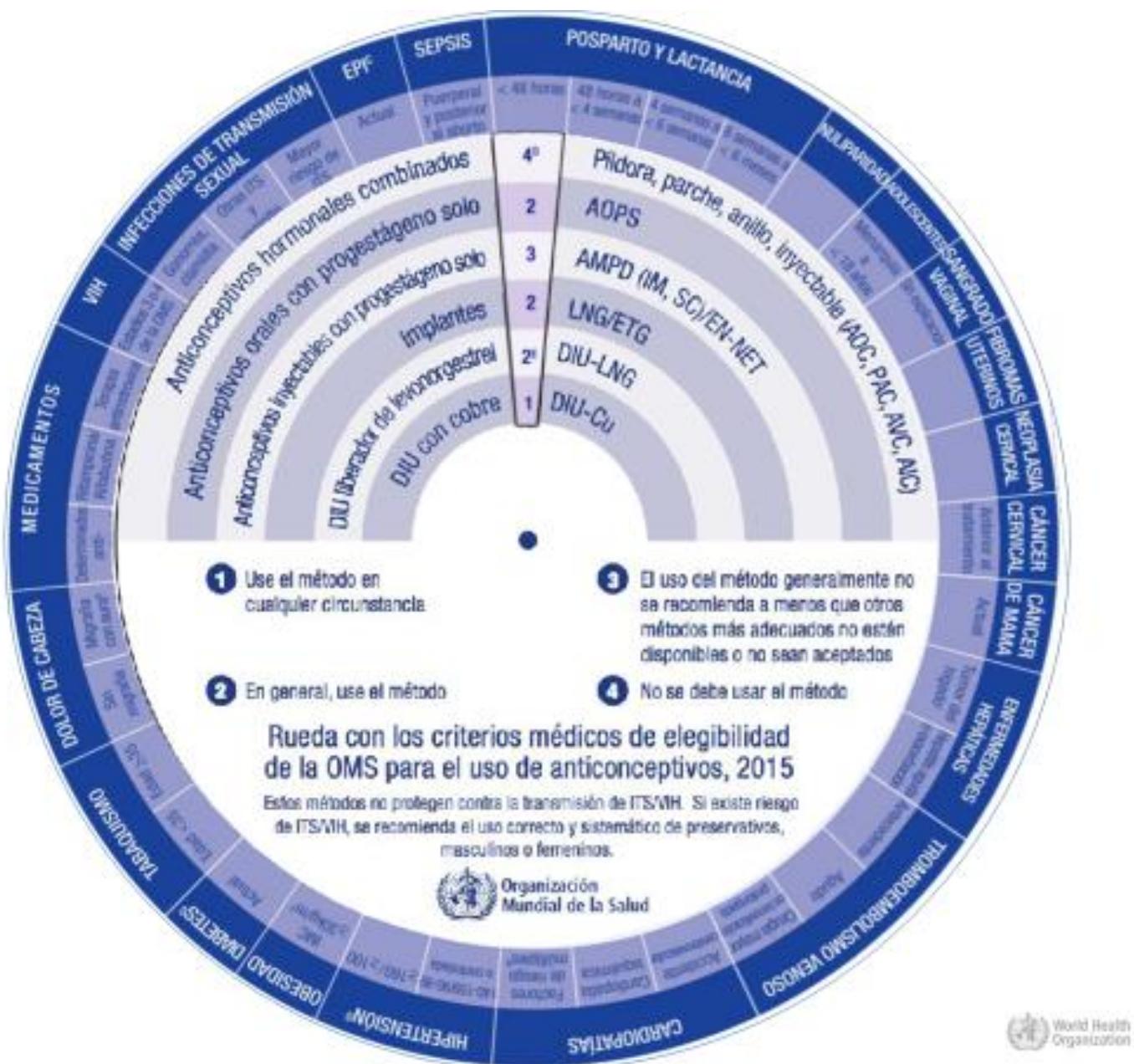
10. Visitas de seguimiento o subsecuentes: En la visita debe registrar la información solicitada en el cuadro, cualquier alteración clínica o el cambio de método debe registrarse en el expediente.

Nota: Cualquier casilla amarilla que se encuentre marcada ya representa un riesgo reproductivo, por lo que debe ser registrado en el ítem de riesgo reproductivo que se encuentra en el costado lateral izquierdo de la historia clínica.

Anexo No. 2
Historia Integral de la/el Adolescente y Hoja de Evolución.
Este formato completo y su instructivo forman parte de la **Normativa 095 “Guía para atención integral de los y las adolescentes”**

HISTORIA INTEGRAL DE LA / EL ADOLESCENTE MINSA NICARAGUA				ESTABLECIMIENTO			H.C. Nº										
APELLOS Y NOMBRES _____				FECHA DE NACIMIENTO													
DOMICILIO _____				dia mes año													
LOCALIDAD _____																	
MUNICIPIO _____				TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>			SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>										
CONSULTA PRINCIPAL Nº _____				ESTADÍSTICA			ACOMPAÑANTE										
Consulta espontánea		Referido/a		edad			ESTADO CIVIL			ETNIA							
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		años meses			casada/o soltera/o otro unida/o separado/a			blanca <input type="checkbox"/> mesiza <input type="checkbox"/> indigena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>							
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:													
1				1													
2				2													
3				3													
Descripción de motivo de consulta																	
ANTECEDENTES PERSONALES		PERINATALES normales		CREENCIOSO normal		DESARROLLO normal		ALERGIA		VACUNAS COMPLETAS		ENFERMEDADES CRONICAS					
s <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> nd <input type="checkbox"/>		s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>		s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>		s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>		n <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>		n <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
ACCIDENTES		INTOXICACIONES		CIRUGIA HOSPITALIZAC.		USO DE MEDICAMENTOS		PROBLEMAS PSICOLOGICOS		VIOLENCIA		EDUCACION PREESCOLAR		JUDICIALES			
no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones																	
ANTECEDENTES FAMILIARES		CARDIOVASC (HTA, cardiopatia,etc.)		ALERGIA		INFECCIONES		CANCER		PROBLEMAS PSICOLOGICOS		ALCOHOL DROGAS Y OTROS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
DIABETES		OBESIDAD		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Observaciones																	
FAMILIA		nº si		NIVEL DE INSTRUCCION		VIVIENDA		DIAGRAMA FAMILIAR									
VIVE		solo <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> en instit. protectora <input type="checkbox"/> privado de libertad <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> afins en el mayor nivel <input type="checkbox"/>		Madre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno primaria <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> afins en el mayor nivel <input type="checkbox"/>		Pareja <input type="checkbox"/> ninguno primaria Téc <input type="checkbox"/> secund. univers. <input type="checkbox"/> afins en el mayor nivel <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>							
CON		En la casa <input type="checkbox"/> en el campo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrina <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		En la casa <input type="checkbox"/> en el campo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrina <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Madre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Pareja <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		en el hogar: fuera del hogar					
TRABAJO		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Madre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Pareja <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Ocupación		AGUA <input type="checkbox"/> EXCRETAS <input type="checkbox"/>							
CON		En la casa <input type="checkbox"/> en el campo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrina <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		En la casa <input type="checkbox"/> en el campo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrina <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Madre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Pareja <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		HACINAMIENTO					
CON		En la casa <input type="checkbox"/> en el campo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrina <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		En la casa <input type="checkbox"/> en el campo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrina <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Madre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		Pareja <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Observaciones																	

Anexo 3. Disco para determinar los Criterios Médicos de Elegibilidad (provisto por la institución y se encuentra de manera electrónica disponible como “Adaptación interactiva para la navegación Web de los criterios médicos de elegibilidad”).



Anexo 4. Censo de Planificación Familiar (para Establecimientos de Salud)



MINISTERIO DE SALUD
CENSO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SILAIIS: _____

Municipio: _____

Sector _____

Cumunidad: _____

Establecimiento de Salud: _____

Total MEF: _____

Total hombres _____

Año: _____

Anexo 5. Censo comunitario de Planificación Familiar ECMAC (ver normativa 099)



Ministerio De Salud

ENTREGA COMUNITARIA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (ECMAC)

CENSO COMUNITARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DE LA ECMAC

Municipio: _____

Comunidad: _____

Establishimiento de Salud: _____

Total Mujeres en edad fértil en la comunidad: _____

Sector: _____ Nombre Brigadista consejero: _____

Total de hombres en edad fértil: _____ Enero a Diciembre: _____

No.	No. De casa	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	No. Telefono	Sexo(F o M)	Cuantos hijos tiene?	Esta planificando?...			¿Tiene factor de Riesgo?	¿Se ha realizado el Pap o IVAA? (fecha de ultima)	Fecha que ingresa a la ECMAC	Tipo de Método Entregado			Fecha de aplicación del Método por el Consejero ECMAC												Observaciones
							Que metodo usa?	Le ocasiona reacciones? Cuáles?	no planifica. ¿Que motivo?				Inyectable	Mensual	Trimestral	Píldoras	Condón	Enero	Febrero	Marzo	Abri	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

Instructivo del Censo de Usuarias (os) de Planificación Familiar

Se recomienda que impriman las instrucciones. Los datos facilitan la medición de los estándares de calidad.

- **No.** Registra los números que se utilizan para ordenar el listado de las personas.
 - **Nombres y Apellidos:** En esta columna se escribe Nombres y Apellidos completos de la usuaria.
 - **No. de Expediente:** Registra el No. asignada a la usuaria o el nombre de la Comunidad
 - **Número de Teléfono:** Registre el No. de la usuaria para la búsqueda de inasistentes.
 - **Edad:** Se escribe la edad, según el número de años cumplidos.
 - **No. de Hijos:** Ponga el número de hijos (as) vivos. Si no tiene hijos, se llenará con una raya.
 - **Intérvalo:** Entrega de MAC en la US excluyendo “post evento obstétrico y las ECMAC”.
 - **APEO:** En esta columna se escribe una X el uso de un método de PF al finalizar su embarazo.
 - **ECMAC:** Registre X para persona subsecuente con entrega comunitaria.
 - **Tipo de Captación:** Real y al Programa y Subsecuente.
 - **Ingreso:** a) Ingreso Real: Se escribe una X en esta columna, si la usuaria inicia por primera vez en su vida el uso de un método de planificación familiar o "vírgenes" en PF. es importante porque la captación de un ingreso real disminuye la demanda insatisfecha de PF. b) Ingreso al Programa: Se escribe una X en esta columna si la usuaria acude por primera vez en su vida al MINSA para solicitar un MAC.
 - **Subsecuente:** Marque X para registrar a aquellas usuarias que acuden al MINSA a su 2da consulta o más, para recibir un MAC. En la columna "Subsecuente" se incluye a: * Usuarias del MINSA que cambian de un método anticonceptivo a otro, * Usuarias del MINSA que reinicia planificación familiar después de un parto, cesárea, aborto, ectópico; * Usuarias que cambian de domicilio.
 - **Citología Cervical y/o IVAA:** Registre la fecha en que se realizó el Papanicolaou (PAP) o Inspección visual (IVAA), cuando la fecha es mayor a un año, vuelva a hacerlo
 - **Factores de Riesgo Reproductivo:** Registre SI O NO si la usuaria tiene Factores de riesgo reproductivo: a) Antecedentes Generales: * Factores socioeconómicos, * Edades extremas de la vida reproductiva (menos de 20 o mayor de 35), * Peso corporal (con 29.0 de Índice de Masa Corporal / desnutrida con menos de 19.8 de INC), * Talla baja (menor de 1.50 metros de estatura), * Trastornos genéticos personales o familiares, * Trabajo con predominio físico. b) Antecedentes patológicos personales: * Diabetes, Hipertensión Arterial, Nefropatías, Cardiopatías, * Váricos, ITS, Hábitos de fumado, alcoholismo, drogas. * Patologías Ginecológicas, Cáncer, etc., c) Antecedentes Obstétricos Patológicos: * Primípara o gran multípara, * Intervalo intergenésico menor de 2 años, * Prematurez, * Embarazo prolongado, Aborto, Cesárea, Embarazo Ectópico, * Hemorragia o infección pos parto, * Muertes perinatales o neonatales, etc. y en observaciones anotar el factor de riesgo.
 - **Tipo de Método:** Se marca con una X la columna del método correspondiente a la usuaria: GO si la usuaria utiliza gestágenos orales, EQV si la usuaria se ha efectuado una esterilización quirúrgica, DIU si la usuaria usa el dispositivo intrauterino "T de Cobre", Condón; usa protección dual, Inyectables según corresponda y Otros; métodos naturales (MELA, Ritmo, Collar, etc.).
 - **Cambio de Método:** En esta columna se registra si la usuaria ha efectuado cambio del método anticonceptivo, escribiendo el nombre del nuevo método a usar. En caso de que No se deja en blanco.
 - **Fecha de próxima cita:** Esta columna se divide en 12 sub columnas que corresponden a los 12 meses del año. Se escribe con lapicero la fecha del día del mes correspondiente en el que la usuaria acude a su cita. * Se escribe en lápiz de grafito, la fecha del día del mes siguiente a la cita actual, en el que se espera la próxima asistencia de la usuaria, según el método que está utilizando.
 - **Observaciones:** En esta columna se registra, los factores de riesgo reproductivo identificados en la usuaria o cualquier otro comentario que se considere de relevancia en el uso del método.
- Las **SIGLAS** utilizadas en este instrumento están descritas debajo de la matriz.

Anexo 6. Consentimiento Informado para procedimientos de Inserción de Diu y Esterilización quirúrgica

Nota: Normativa 004. Norma Para El Manejo Del Expediente Clínico Y Manual Para El Manejo Del Expediente Clínico. Formato P 221. Según el ejemplo adjunto

	MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA	P221
CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que le solicitamos que firme de su puño y letra en el espacio en blanco que corresponde.		
Nombres del (a) usuario/a o representante legal _____		
Apellidos del (a) usuario/a o representante legal _____		
Número de cédula _____		
Número de teléfono domicilio _____ Celular _____		
Dirección habitual _____		
Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente Consentimiento Informado:		
Nombres _____		
Apellidos _____		
Número de cédula _____		
Número de teléfono su domicilio _____ Celular _____		
Dirección de su casa _____		
Manifiestan: Que el profesional de la salud _____, con código del MINSA _____, y funcionario del (nombre del establecimiento de salud) _____ me ha explicado la siguiente información sobre (escribir el/los procedimiento/s diagnósticos o terapéutico y tratamientos que se vaya a realizar al usuario):		
1- _____		
2- _____		
3- _____		
4- _____		
5- _____		
6- _____		
7- _____		
Acti Vea (
Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____		

Anexo 7. Reporte mensual de servicios de Planificación Familiar

Ministerio de Salud
Reporte Mensual de servicios de Planificación Familiar

SILAIS: _____
Mes: _____Municipio: _____
Establecimiento de Salud: _____

Fecha: ___/___/___.

No.	Indicadores / Variables	Menores de 20 años	Mayores de 20 años	Total
1	Número de Mujeres en Edad Fértil (15- 49) Estimada			
2	No. de mujeres que son atendidas en PF			
3	No. de ingresos reales (Tipo de captación)			
4	No. de subsecuentes			
5	No. de mujeres que usan DIU			
6	No. de mujeres que usan gestágenos orales			
7	No. de mujeres que usan Inyectable Mensual			
8	No. de mujeres que usan Inyectable trimestral			
9	No. de mujeres con OTB			
10	No. de mujeres protección dual (condón)			
11	No. de mujeres con discapacidad			
12	Total de hombres atendidos en PF			
13	No. de hombres que usan condones			
14	No. de hombres que realizaron vasectomía			
15	Entrega comunitario de métodos anticonceptivos ECMAC (Según Norma 099)			
16	Total de Mujeres con ECMAC			
17	Total de hombres con ECMAC			

Orientaciones para el Reporte Mensual de servicios de planificación familiar

Este instrumento sirve para el registro rutinario de los servicios de planificación familiar, es llenado por el personal de salud, permite recopilar la información de las personas menores de 20 años y mayores de 20 años atendidas en los establecimientos del primer nivel de atención. Este informe cierra el penúltimo día de cada mes y es remitido a la sede municipal, donde se consolida a más tardar los 30 de cada mes según lo establecido por Estadística nacional. Una copia de reporte mensual impresa queda en el expediente del sector y el establecimiento municipal.

Es remitida al SILAIS en los primeros 5 días de cada mes. Se debe resguardar en más de un archivo externo. La discontinuidad de este reporte afecta los datos reales de coberturas acumuladas. La hoja de registro diario de la atención ambulatoria, constituye la principal fuente de información de los registros y estadísticas, allí deben ser registradas las consultas tanto de primera vez, como subsecuentes.

Será responsable del consolidado y remisión en el nivel SILAIS la persona responsable de salud materna. En el MINSA central, recepciona, analiza y retroalimenta la persona nombrada para el monitoreo de los servicios de planificación familiar por la Dirección general de servicios de salud (DGSS).

Anexo 8. Hoja de registro de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)

MINISTERIO DE SALUD													
	SILAS		Establecimiento de salud					Municipio			Fecha		
Hoja de Registro de Anticoncepción Post Evento Obstétrico ((Registra al 100% de mujeres)													
No.	Fecha de egreso	No. Expediente	Nombre y Apellidos	Edad	Teléfono	No. Hijos vivos	Evento Obstétrico: Parto vaginal, cesárea, óbito, post aborto, ectópico, embarazo molar	Consejería SI / NO	MAC elegido desde la APN Si no hay registro. Escriba NA	MAC elegido en APEO	Si es OTB. Está consentimiento informado en Expediente (Si o No)	Domicilio y referencia de la vivienda	Observación
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Registro de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

b) Instructivo para el Llenado de la Hoja de Registro de anticoncepción post evento obstétrico

"Registre al 100% de las mujeres que acuden al servicio de salud por un evento obstétrico. Línelo tomando como fuente el expediente clínico una vez que se ha completado la atención de su evento.

Contiene las siguientes variables:

- **Fecha de egreso de la mujer:** Anote la fecha del alta hospitalaria.
- **Número de expediente:** Anote el número de expediente asignado a la usuaria.
- **Nombre completo:** Anote los dos nombres y dos apellidos de la usuaria.
- **Edad:** Anote la edad en años.
- **No de hijos vivos:** Anote el número de hijos vivos al momento (Excluye al actual).
- **Tipo de Evento Obstétrico:** Anote si fue parto vaginal, cesárea, óbito, aborto, ectópico o embarazo molar.
- **Consejería:** Registre Sí, solamente cuando hay evidencia en el expediente clínico.
- **Método elegido desde la atención prenatal:** Escriba el nombre del MAC que se encuentra registrado en el borde lateral de la HCP, hoja de referencia o en Plan de Parto, si no hubo registro del MAC, si la usuaria no presenta su Carné Perinatal, registre "No aplica".
- **MAC en APEO:** anote el MAC elegido por la usuaria. Si aún no eligió método, escriba "Ninguno".
- **¿En caso de EQV y DIU está en el expediente el Consentimiento Informado? (Sí o No):** En caso de que la usuaria eligió EQV o DIU verifique que en el expediente clínico se encuentre la hoja de consentimiento informado., en caso contrario anote "No".
- **Domicilio o referencia de la vivienda:** Registre nombre del barrio, comunidad o comarca con sus especificaciones. Esta información facilita el seguimiento de ella.
- **Observación:** Anote datos que considere relevantes y que no están contemplados dentro de las variables, y que son de utilidad en el seguimiento a la usuaria. Por ejemplo, cuando el método elegido desde la APN no se corresponde con el método aplicado, cuando la usuaria con alto riesgo reproductivo egresa sin método etc. Esta Hoja de registro es la fuente de información para la base de datos de APEO.

Anexo 9. Libro de registro de los egresos hospitalarios de personas de EQV.

MINISTERIO DE SALUD						
	SILAIS		Establecimiento de salud		Municipio	
	Fecha					
Hoja de Registro de Egresos hospitalarios Por EQV (Libro)						
No.	Nombre y Apellidos	Edad	Teléfono	No. Expediente	Fecha de egreso	Observación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Anexo 10. Listas de Chequeo para la Medición de Estándares e Indicadores de PF

Basado en la Norma y Protocolo de PF se aplicarán las listas de chequeo por cada indicador establecido en los estándares de calidad de PF. **Cada número corresponde a un expediente de usuaria** a quien se le brindó un MAC de acuerdo a la Norma. Registre el número del expediente. **Anotar 1 en** la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio **no es satisfactorio (No Se Cumple)**, anotar 0. El Promedio, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados x 100. Este promedio se debe analizar en conjunto y servirá para la realización de Ciclos Rápidos de Mejora Continua y superar los fallos en la Calidad de Atención. Porcentaje de usuarias que recibieron el MAC de su elección acorde con los criterios médicos de elegibilidad, establecidos en la norma y protocolo de PF.

Número de Expediente		1	2	3	4	5	6	20	% de cumplimiento
Criterio										
1	Persona que recibieron el MAC de su elección, acorde a los CME descritos en la normativa 002 (Norma y Protocolo)									
2	Personas que recibieron información sobre protección dual.									
3	Mujeres postevento obstétrico o en puerperio que recibieron consejería en PF antes de su egreso. *									
	Mujeres post evento obstétrico o en puerperio que egresaron con un método artificial de PF según CME y elección informada y voluntaria. *									
	Mujeres Post evento obstétrico o durante el puerperio que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado (Encuesta)**									
4	Víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH.									
5	Mujeres que reciben servicios de PF que se le llena la Historia Clínica o la Historia Integral de la Adolescente									
6	Usuarios que asisten regularmente para su seguimiento y abastecimiento del MAC que ha elegido. (basado en usuarias citadas en el periodo (mes))***									
7	Establecimientos de salud sin ruptura de Stock en al menos 3 anticonceptivos en los tres meses previos									
8	Usuarios con esterilización quirúrgica voluntaria a quienes se les cumplieron las indicaciones establecidas en la norma y protocolo de PF. Deben contar con consentimiento informado ****									
9	Usuarios satisfechos con la privacidad proporcionada en la atención									
10	Usuarios satisfechos con recibir el MAC que eligió de acuerdo a la oferta institucional									
11	Usuarios menores de 20 años y de 20 a más-que reciben los MAC vía ECMAC									

* El indicador 3 corresponde a la anticoncepción Postevento obstétrico, estos datos se encuentran disponibles en la base de datos de APEO. Se monitorean de forma mensual en las unidades que atienden eventos obstétricos.

Procedimiento para monitorear: Transcriba de la base de datos de APEO la información que corresponda a la consejería y al uso de MAC artificiales.

Este indicador se toma de la dimensión de la calidad relacionada con el conocimiento en la encuesta de satisfacción de usuarias, la que el MINSA orienta realizar cada tres meses en todas las unidades de salud. **Procedimiento a monitorear: Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagando en la encuesta de satisfacción de las usuarias.

***Este indicador se monitorea de forma mensual, considerando el método anticonceptivo utilizado y la comunidad de donde proviene la usuaria. Este indicador se mide en las unidades de salud del primer nivel y en las IPSS.

Procedimiento para monitorear: Localice en el censo de usuarias de PF a las usuarias citadas en el periodo a monitorear y verifique cuántas de ellas acudieron a su cita; esto representa la adherencia al uso de un MAC.

**** Toda mujer que tenga paridad satisfecha incluyendo: Las que tengan hijos, o tengan pocos hijos, con sin acuerdo con el esposo o compañero, sean jóvenes con paridad satisfecha, acaben de tener un parto (en los últimos 7 días), estén amamantando, estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral. En este indicador con uno de los primeros cuatro criterios mencionados que se cumpla más el criterio de consentimiento informado se considera que el expediente cumple.

Anexo 11. Bases de datos del Programa de Planificación Familiar.

1. Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar.
2. Matriz de PF de Intervalo.
3. Consolidado APEO por mes por unidad de salud.
4. Consolidado de APEO del SILAIS.

A continuación, se presenta ejemplo de las portadas de cada una de las matrices, procesos que están institucionalizado en el MINSA y se realiza de forma puntual.

Cuadro 1. Matriz para el registro del monitoreo de los Indicadores de Calidad en Planificación Familiar

República de Nicaragua Ministerio de Salud													
Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar													
Unidad de Salud:		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
1 Num	No. de usuarias que recibieron el MAC acorde a los criterios de elegibilidad Médica establecidos en la Norma de PF.												
1 Den	Total de expedientes clínicos revisados.												
1 Ind	% de expedientes de usuarias que recibieron el método anticonceptivo acorde a los criterios de elegibilidad Médica establecidos en la Norma de PF.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
2 Num	No. de usuarias de PF que recibieron información sobre protección dual.												
2 Den	Total de expedientes clínicos revisados.												
2 Ind	% de usuarias de PF que recibieron información sobre protección dual.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
3 Num	No. de usuarias que asistieron regularmente a su cita de PF según método anticonceptivo en uso.												
3 Den	Total de usuarias citadas en el periodo												
3 Ind	% de usuarias que asistieron regularmente a su cita de PF según método	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A

Cuadro No. 2. Matriz de PF de Intervalo

República de Nicaragua Ministerio de Salud Tablas de registro de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos														
Unidad de Salud:	Tabla de Control de Fertilidad													
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	total	
Ingreso Real	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingreso al Programa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Captación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subsecuentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Usuarias del período	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestágenos orales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inyectable mensual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inyectable trimestral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Condones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MELA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EQV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Usuarias por Método	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabla de Doble Protección														
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	
Usuarias que además del método primario llevaron condones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabla de Consumo de Métodos Anticonceptivos														
Métodos Anticonceptivos	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	
DIU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestágenos orales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inyectable mensual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inyectable trimestral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Condones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Cuadro No. 3 Consolidado Mensual de APEO

República de Nicaragua Ministerio de Salud Anticoncepción Post-Evento Obstétrico Registro de Consejería y Métodos Anticonceptivos por Evento Obstétrico																		
Unidad de Salud:			Mes:										Año:					
1 Tipo de evento obstétrico	2 Consejería Brindada	3 Ningún Método	4 Métodos Temporales										5 Método EQV	6 Total de eventos obstétricos	7 % de usuarias egresadas con método, de las que recibieron consejería	8 Total de métodos por evento obstétrico		
			Natural	Condón	DIU	Hormonales				Inyectables	Orales							
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	1 mes	3 meses	No.	%	No.	%	No.	%	
Post-parto (excluir óbitos)			####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####	#DIV/0!	0 ####
Trans o post-cesárea (excluir óbitos)			####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####	#DIV/0!	0 ####
Post-aborto			####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####	#DIV/0!	0 ####
Post-óbito (vaginal o cesárea)			####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####	#DIV/0!	0 ####
Post-embarazo ectópico			####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####	#DIV/0!	0 ####
Post-embarazo			####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####	#DIV/0!	0 ####

Cuadro No. 4 Consolidado APEO por SILAIS

República de Nicaragua Ministerio de Salud Consolidado de datos de APEO por SILAIS																	
Municipio:			enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre			
1 Num	No. de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar																
1 Den	Total de puérperas egresadas																
1 Ind	% de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
2 Num	No. de puérperas que egresaron con un método artificial de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2 Den	Total de puérperas egresadas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2 Ind	% de puérperas que egresaron con un método artificial de planificación familiar	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
3 Num	No. de puérperas que egresaron sin método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 Den	Total de puérperas egresadas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 Ind	% de puérperas que egresaron sin método de planificación familiar.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
4 Num	No. de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Den	Total de puérperas egresadas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Ind	% de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
5 Num	No. de puérperas que egresaron con método natural																
5 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5 Ind	% de puérperas que egresaron con método natural.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
6 Num	No. de puérperas que egresaron con condón																
6 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6 Ind	% de puérperas que egresaron con condón.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
7 Num	No. de puérperas que egresaron con DIU.																
7 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 Ind	% de puérperas que egresaron con DIU.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	
8 Num	No. de puérperas que egresaron con inyectable mensual.																

MINISTERIO DE SALUD

Normativa 002. Tercera Edición

Protocolo de Planificación Familiar

Managua, 10 de noviembre 2021

Protocolo de Planificación Familiar	51
I. Introducción.....	53
II. Objetivos	54
III.Glosario de Términos	55
IV. Acrónimos.....	56
V. Población Diana.....	57
VI. Actividades a realizar	57
VII. Definición	67
VIII. Clasificación.....	68
IX. Procedimientos.....	78
A. Anticoncepción a diversos grupos.....	78
B. Anticoncepción en situación de crisis sanitaria.....	94
X. Definición por nivel de atención	95
XI. Educación, Promoción y Prevención	95
XII. Bibliografía.....	97
XIII. Anexos.....	99

I. Introducción

El protocolo de Planificación Familiar incluido en la tercera edición de la Normativa 002, aborda exclusivamente los métodos anticonceptivos, particularmente los métodos modernos artificiales, haciendo énfasis en los que provee el Ministerio de Salud (MINSA) a través de su red de servicios.

El protocolo contribuirá a que los profesionales de la salud, brinden los servicios integrales, restituyendo los derechos a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en Planificación familiar, según curso de vida como establece el MOSAFC; para que elijan de manera libre e informada entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos; tengan información sobre la eficacia, los riesgos y beneficios de los distintos métodos, en condiciones de privacidad y confidencialidad.

La actualización del presente protocolo, está basada en la mejor evidencia científica, la vasta experiencia del país y los mejores niveles de recomendación, proveniendo la mayor parte de su contenido de los documentos: Planificación Familiar un Manual Mundial para Proveedores, de la Organización Mundial de la Salud, publicado en 2019. En las Recomendaciones prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos tercera edición 2018 y los Criterios médicos de elegibilidad 2015 sobre los métodos anticonceptivos.

El contenido se divide en: una clasificación actualizada de los métodos anticonceptivos con una Ficha Técnica con la información científica de cada uno de los métodos anticonceptivos disponibles en el MINSA y un enfoque de los métodos a ofertarse a los diversos grupos de población según cursos de vida o necesidad, de acuerdo a los principios del Modelo de Salud Familiar y Comunitario MOSAFC.

II. Objetivos

Objetivo General:

Estandarizar las principales acciones de promoción, prevención, información y seguimiento en los servicios de planificación familiar para contribuir a la salud sexual reproductiva, con énfasis en la maternidad segura.

Objetivos Específicos

- 1)** Proporcionar al personal de salud los principales lineamientos gerenciales y médicos que asegure el acceso a los métodos anticonceptivos.
- 2)** Asegurar el cumplimiento de los criterios médicos de elegibilidad para una oferta segura y eficaz de métodos anticonceptivos disponibles y según niveles de resolución de los servicios de salud.
- 3)** Garantizar los servicios de planificación familiar y la entrega de métodos anticonceptivos desde el primer contacto con el establecimiento de salud con énfasis en los grupos de riesgo.

III. Glosario de Términos

Aborto: Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con un peso del producto de la gestación menor de 500gr.

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

Dismenorrea: es una irregularidad de la función menstrual. Se caracteriza por períodos dolorosos que aparecen con la menstruación.

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Inflamación de la estructura pélvica, útero, ovarios y trompas uterinas.

Métodos anticonceptivos hormonales: Combinación de sustancias esteroideas que administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.

Salud Reproductiva: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

IV. Acrónimos

AHC	Anticonceptivos Hormonales Combinados
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
AOC	Anticonceptivos orales combinados
AOPS	Anticonceptivos orales con progestágenos solo
EQV	Esterilización Quirúrgica Voluntaria
CME	Criterios Médicos de Elegibilidad
DIU	Dispositivo intrauterino
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
ESAFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitaria
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
GISI	Grupos Interculturales de Salud Integral
GO	Gestágenos Orales
IHS	Implante Hormonal Subdérmico
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LNG	Levonorgestrel
MAC	Métodos Anticonceptivos
MELA	Método de Amenorrea por Lactancia
PAE	Píldoras Anticonceptivas de Emergencia
RCI	Retardo del Crecimiento Intrauterino
TCB	Temperatura corporal basal
TEP	Trombo Embolismo Pulmonar
TVP	Trombosis Venosa Profunda
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

V. Población Diana

Mujeres y hombres que requieran de los servicios de planificación familiar

VI. Actividades a realizar

La primera consulta o captación del o la persona debe ser realizada por personal médico o el recurso de mayor calificación capacitado en esta normativa. Las consultas subsecuentes pueden ser realizadas por personal de enfermería, en las comunidades los brigadistas o consejeros capacitados en la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) participan de las entregas subsecuentes de métodos según la normativa 099. En las citas subsecuentes es donde se fortalece la información o consejería para la adherencia al método anticonceptivo y la nueva toma de decisiones.

A continuación, se enlistan las actividades que deben ser realizadas:

1. Abordaje inicial y elaboración de historia clínica
2. Verifique que la mujer no esté embarazada
3. Brinde la Consejería consistente a la necesidad de cada persona sobre la Planificación Familiar
4. Valore los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) para la elección y prescripción del método anticonceptivo.
5. Garantice la entrega inmediata del método elegido libremente por la persona o pareja.
6. Acuerde siempre la consulta subsecuente o de seguimiento.

1. Abordaje inicial y elaboración de historia clínica

La visita de las personas adultas o adolescentes a los servicios de salud es una oportunidad para realizar un abordaje basado en los enfoques y principios de los derechos humanos, recomendados para la atención de las personas que acuden a los servicios de Planificación Familiar según la OMS, los cuales son compatibles con el MOSAFC y que son prescritos en la Normativa que antecede este protocolo, estos son:
No discriminación: Disponibilidad de información y servicios inmediatos de anticoncepción: Accesibilidad de la información y los servicios: Aceptabilidad de la información y los servicios: Calidad: Toma de decisiones fundamentada, Intimidad y confidencialidad: Participación y Rendición de cuentas. (Norma 002. página 9)

Cada persona tiene el derecho a ser orientada con información basada en evidencia, ofreciéndole los servicios de anticoncepción desde la primera visita (en cualquier día del ciclo menstrual, siempre que haya certeza razonable que la mujer no esté embarazada). No descartando ningún método y ampliando toda la información que sea necesaria.

Es importante no pedir a las personas adultos o adolescentes que obtengan permiso de otra persona para acceder a un método de planificación familiar. En este primer encuentro debe explicarse amplia y claramente los métodos anticonceptivos según la necesidad de

cada persona, comentando la manera en que deben usarse, cuán efectivos son y los efectos secundarios que pueden tener (de haberlos).

Se puede incluir la toma de la presión arterial, cálculo del Índice de masa corporal, realizar examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervicovaginal o inspección visual con ácido acético IVAA; iniciando en la primera consulta y completar el proceso en la consulta subsecuente.

El expediente clínico debe contener una historia clínica de ingreso y seguimiento de personas al programa de planificación familiar o la historia integral de la adolescente en el caso de menores de 20 años. El MINSA dispone de ambos formatos donde se obtienen elementos clave para la consulta inicial y las subsecuentes del servicio de planificación familiar.

El examen físico completo, no es requisito para garantizar el inicio de un método anticonceptivo. Se debe garantizar a la persona un método anticonceptivo de su elección desde el primer contacto con los servicios de salud.

2. Verificar que la mujer no está embarazada.

Haga a la persona las preguntas 1 – 6. Cuando la persona conteste que “Si” a cualquier pregunta, deténgase y siga las Instrucciones.

NO	SI
1. ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses? ¿Está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
2. ¿Se ha abstenido del coito desde su última menstruación normal o parto?	
3. ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas y no está amamantando?	
4. ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días (o hace menos de 12 días si la persona tiene intenciones de usar un DIU)?	
5. ¿Ha tenido una pérdida de embarazo o aborto en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si la paciente piensa utilizar un DIU)?	
6. ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?	



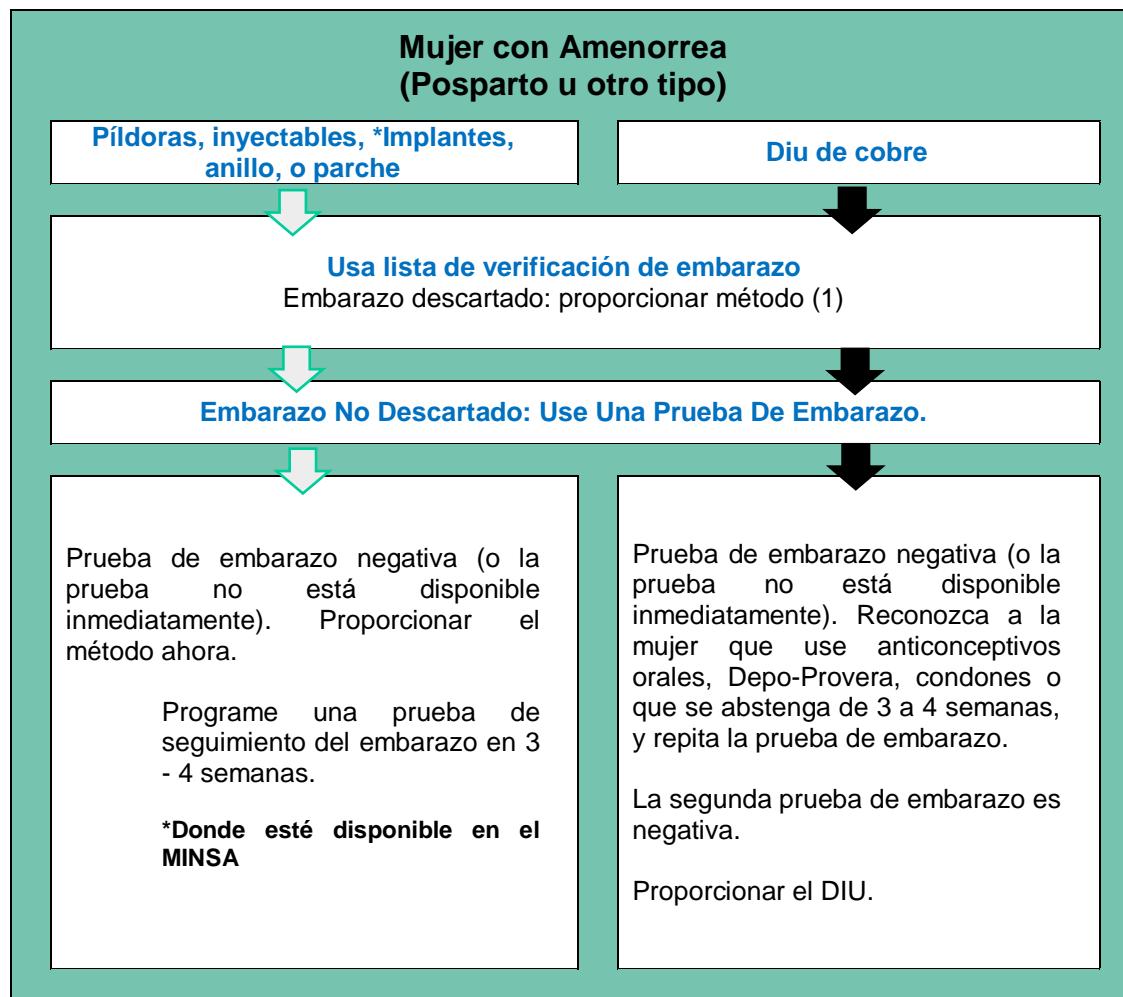
Si la persona contesto “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo. Se debe realizar una prueba de embarazo.



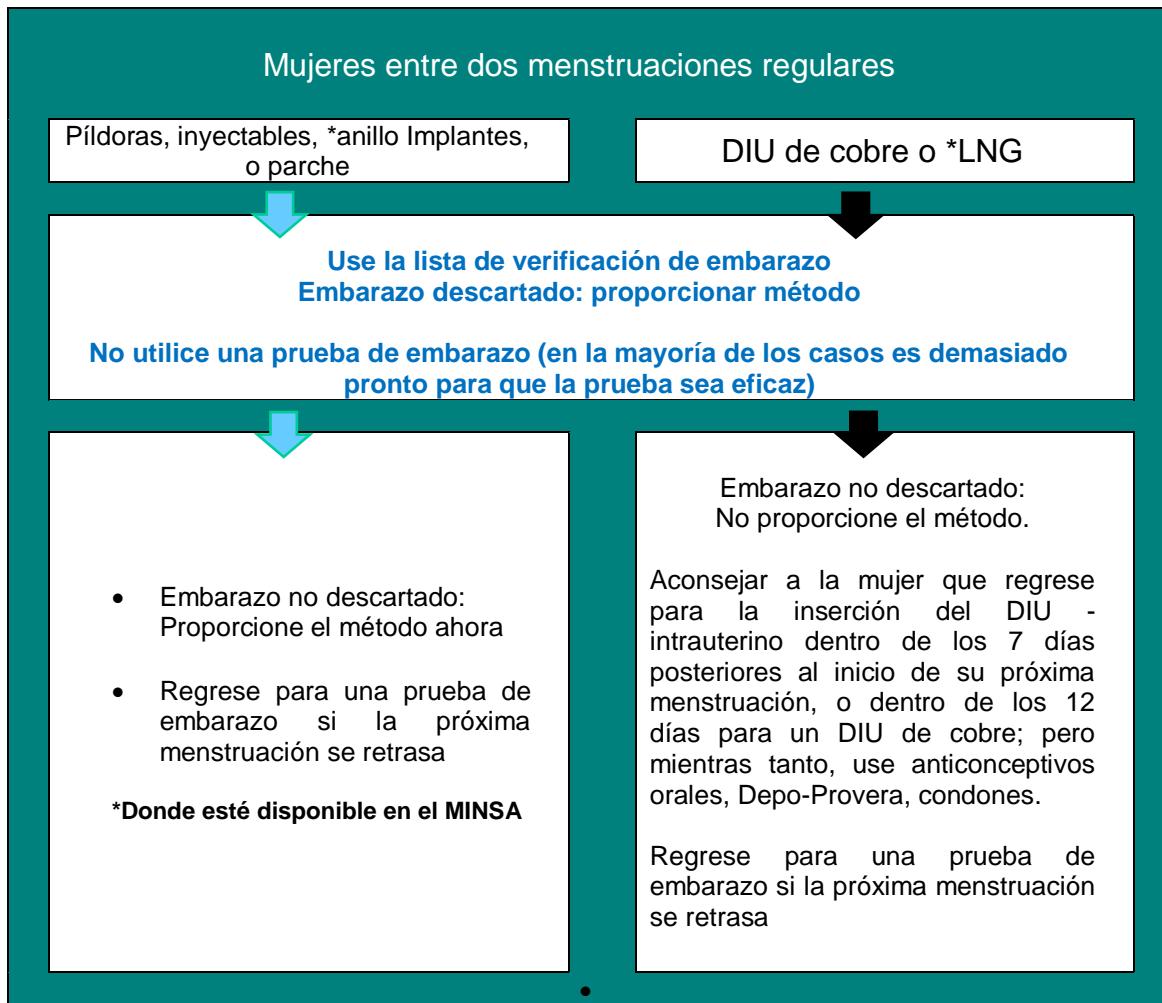
Si la persona contesto “si” al menos a una de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que ella eligió.

Se recomienda descartar el embarazo antes de comenzar a utilizar un anticonceptivo hormonal y antes de la inserción del DIU. Para ello se tienen a disposición dos herramientas:

1. Usar la lista de verificación del embarazo que se muestra en el recuadro anterior.
2. Realizar una prueba de embarazo (inmediata) e iniciar un método,



1. Consulte para ver la Lista de verificación del embarazo.
2. Asesorar sobre la necesidad de retirar el implante si se confirma el embarazo y desea continuar con el embarazo.
3. En los casos en los que no se pueda descartar un embarazo, ofrezca anticoncepción de emergencia si la mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días.
4. Aconseje a todas las mujeres que regresen siempre que tengan un motivo para sospechar que están embarazadas (por ejemplo, si no tiene un período).



1. Verifique si la Mujer presenta una menstruación tardía/perdida, use una prueba de embarazo para descartar un embarazo. Si utiliza una prueba de embarazo de alta sensibilidad y es negativa, proporcíonele el método.
2. Si usa una prueba es de baja sensibilidad y es negativa durante el tiempo de su período perdido, espere al menos 10 días, después de la fecha esperada de la menstruación y repita la prueba. Aconseje a la mujer que mientras tanto utilice condones o se abstenga. Si la prueba sigue siendo negativa, proporcione el método deseado.
3. Si no se especifica la sensibilidad de la prueba, suponga una sensibilidad más baja.

Los puntos importantes a considerar en este aspecto están en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1. Consideraciones para que la mujer comience a utilizar un Método

- Si la mujer ha tenido una falta en su menstruación, el proceso para descartar que está embarazada **comienza con la lista de verificación de embarazo**, la cual indicará de manera razonablemente segura si una mujer no está embarazada.
 - **Es poco probable que una prueba de embarazo arroje un resultado positivo antes del primer día de retraso de la menstruación**; usar la prueba antes implica desperdiciar recursos de manera inútil.
 - **El único MAC que se sabe que plantea un riesgo para la salud si se usa durante el embarazo es el DIU (cobre o el hormonal)**. Si no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación, se debe utilizar otra herramienta antes de insertar un DIU.
 - **Todos los métodos hormonales, salvo el *DIU-LNG, puede usarse sin necesidad de esperar**, incluso si no se sabe con certeza que la mujer no está embarazada. En algunos casos se debe proceder al seguimiento.
 - **Retrasar el inicio del MAC es la peor de las tres alternativas** para evaluar si una mujer está embarazada, ya que puede quedarse embarazada antes de la siguiente menstruación. Siempre que sea posible, deben usarse las herramientas disponibles.
 - Si se usan correctamente, tanto la lista de verificación como las pruebas de embarazo ofrecen un alto grado de exactitud para descartar el embarazo. **Si utiliza la lista de verificación, no hay razón para preferir la prueba de embarazo.**
- *No disponible en el MINSA

3. Consejería en planificación familiar

La Consejería en planificación familiar y los Criterios Médicos de Elegibilidad son los dos elementos fundamentales para la elección y prescripción de los MAC.

La consejería es el paso clave para la toma de decisiones informadas de las personas adultas y jóvenes, consiste en un proceso mediante el cual el personal de salud brinda información y apoya a las personas a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. (Según Norma)

Una buena consejería requiere proveedores capacitados, con una buena actitud, respetuosa y considerada hacia los usuarios. Sus características son:

- Se adecua a las circunstancias individuales de adolescentes o jóvenes y adultos.
- Permite la información clara y consistente sobre los métodos anticonceptivos.
- Se da de manera personalizada, privada y es confidencial.

En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos. La consejería en planificación familiar ayuda a tomar decisiones por motivos personales o por motivos de salud, por tanto:

El personal de salud debe asegurarse que las personas conozcan los distintos MAC disponibles, apoyándoles y teniendo en cuenta sus necesidades, de manera que se

formen su propia opinión acerca de lo que desean hacer con su fertilidad. En consecuencia, el proveedor no sólo proporciona información, sino también analiza las circunstancias individuales para colaborar con ellos en la toma de una decisión o confirmación de la misma.

- La consejería debe necesariamente abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- Favorecer el ejercicio del individuo, en especial de la mujer de decidir utilizar un método anticonceptivo es un derecho que empodera a las mujeres, ya que incrementa la capacidad efectiva de las personas de ejercer control sobre su propia salud y sobre el sistema de salud. Para las mujeres, esa capacidad empieza por las decisiones que afectan su cuerpo como sujeto, por ello la planificación familiar contribuye a la equidad de género.
- Permite informar al solicitante de manera completa precisa y objetiva corrigiendo ideas erróneas sobre anticoncepción e informando sobre las opciones disponibles en forma detallada, brinda la oportunidad de analizar con los solicitantes la importancia de su toma de decisión.
- La consejería exitosa contribuye a que las personas utilicen un método anticonceptivo por más tiempo y con mayor éxito.
- La consejería con adolescentes debe también estar orientada a que puedan tomar la decisión de postergar el inicio de la vida sexual, prevenir los embarazos no planificados y las infecciones de transmisión sexual y VIH, que conozcan sobre sus derechos a usar métodos anticonceptivos. La edad no debe ser límite para el acceso a cualquier método anticonceptivo.

La consejería balanceada consiste en diagnosticar las necesidades de planificación familiar de usuarios/as y ofrecer la misma cantidad de información inicial sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, para que luego la persona elija el método que considere más conveniente.

La Consejería balanceada consistente en planificación familiar y los Criterios médicos de elegibilidad son elementos fundamentales en la prestación de servicios de planificación familiar.

Debe utilizarse complementariamente con la metodología ACCEDA (Seis pasos básicos de la orientación en la anticoncepción:

- Paso 1. **Atienda a la persona,**
- Paso 2. **Converse sobre sus necesidades**
- Paso 3. **Comunique sobre los métodos anticonceptivos,**
- Paso 4. **Encamine a tomar la decisión,**
- Paso 5. **Demuestre como se utiliza el MAC, y**
- Paso 6. **Acuerde otra visita (anexo 2. Contenido técnico. Metodología ACCEDA).**

La consejería balanceada tiene tres momentos:

3.1. Diagnóstico de las necesidades en planificación familiar.

Cada una de las personas o pareja es recibida cálidamente por el personal de salud y se le hace preguntas para identificar sus necesidades y comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de descarte de métodos que el personal de salud y la persona consideran que a ella no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias. La comunicación efectiva entre el proveedor y usuario favorece la siguiente fase.

3.2. La elección de un método anticonceptivo.

Para una buena elección de parte el o la persona es importante brindar toda la información necesaria del método seleccionado, para ayudarla a decidir manera informada y voluntaria. El proveedor verificará aplicando los criterios médicos de elegibilidad que no haya contraindicaciones y que el método esté disponible en el establecimiento, a fin que la persona inicie de inmediato el uso del método, en cualquier día del ciclo menstrual siempre que haya certeza razonable de que la mujer no está embarazada. La elección siempre debe ser orientada por el personal capacitado en entregar los anticonceptivos según necesidad de cada persona, procurando los de mayor efectividad, respetando la libre elección y en base a los criterios médicos de elegibilidad. Ver tabla 2. Efectividad de los métodos anticonceptivos a continuación. (FDA, 2020)

Si la pareja o mujer no quiere quedar embarazada, existen muchas opciones de métodos anticonceptivos para elegir. Ningún producto es el mejor para todas las personas. Algunos métodos son más eficaces que otros para evitar el embarazo.

Consulte las tasas de embarazo en esta tabla 2. para obtener la idea de cuán eficaz es el producto para evitar el embarazo. Las tasas de embarazo le indican el número de embarazos esperados por cada 100 mujeres durante el primer año de uso típico.

El uso típico muestra la eficacia de los diferentes métodos durante el uso real (incluyendo en algunas ocasiones el uso de un método de una manera que no es correcta o no es consistente). La única manera segura de evitar el embarazo es no tener ningún contacto sexual.

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tabla 2. Efectividad de los métodos anticonceptivos (FDA, 2020)

Métodos	Número de embarazos esperados (por cada 100 mujeres)*	Uso	Algunos riesgos o efectos secundarios* Esta tabla no contiene la lista de todos los riesgos y efectos secundarios para cada producto.
	Cirugía de esterilización femenina	Menos de 1 Sólo se hace el procedimiento una vez. Permanente.	Dolor Sangrado Infección u otras complicaciones después de la cirugía
	Cirugía de esterilización masculina	Menos de 1 Sólo se hace el procedimiento una vez. Permanente.	Dolor Sangrado Infección
	DIU de cobre	Menos de 1 Lo coloca un proveedor de atención médica. Dura hasta 10 años.	Calambres Periodos más largos y abundantes Manchado entre periodos
	DIU con progestina	Menos de 1 Lo coloca un proveedor de atención médica. Dura hasta 3-5 años, dependiendo del tipo.	Sangrado irregular Falta de periodos (amenorrea) Dolor abdominal/pélvico
	Varilla implantable	Menos de 1 Lo coloca un proveedor de atención médica. Dura hasta 3 años.	Cambios en la menstruación Cambios en el humor o estado de ánimo deprimido Aumento de peso Dolor de cabeza Acné
	Inyección	6 Es necesaria una inyección cada 3 meses.	Pérdida de densidad ósea Sangrado irregular/Sangrado entre períodos Dolores de cabeza Aumento de peso Nerviosismo Mareos Malestar abdominal
	Anticonceptivos orales "la píldora" (píldora combinada)	9 Debe tomar una píldora todos los días.	Manchado/ sangrado entre períodos Náusea Sensibilidad en los senos Dolor de cabeza
	Anticonceptivos orales "la píldora" (píldora combinada de uso extendido/continuo)	9 Debe tomar una píldora todos los días.	Manchado/ sangrado entre períodos Náusea Sensibilidad en los senos Dolor de cabeza
	Anticonceptivos orales "la minipíldora" (solo progestina)	9 Debe tomar una píldora a la misma hora todos los días.	Manchado/ sangrado entre períodos Náusea Sensibilidad en los senos Dolor de cabeza
	Parche	9 Colóquese un parche nuevo cada semana durante 3 semanas (21 días en total). No se coloque un parche durante la cuarta semana.	Manchado o sangrado entre períodos menstruales Náusea Dolor estomacal Sensibilidad en los senos Dolor de cabeza Irritación cutánea (en la piel)
	Anillo vaginal anticonceptivo	9 Colóquese el anillo en la vagina usted misma. Mantenga el anillo en la vagina durante 3 semanas y luego quiteselo por una semana.	Secreción vaginal, malestar en la vagina e irritación suave. Dolor de cabeza Cambios en el humor Náusea Sensibilidad en los senos
	Diafragma con espermicida	12 Debe usarlo cada vez que tiene relaciones sexuales.	Irritación Reacciones alérgicas Infección del tracto urinario
	Esponja con espermicida	12-24 Debe usarlo cada vez que tiene relaciones sexuales.	Irritación
	Cápsula cervical con espermicida	17-23 Debe usarlo cada vez que tiene relaciones sexuales.	Irritación Reacciones alérgicas Resultado anormal de la prueba de Papanicolaou
	Condón masculino	18 Debe usarlo cada vez que tiene relaciones sexuales. Proporciona protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS).	Irritación Reacciones alérgicas
	Condón femenino	21 Debe usarlo cada vez que tiene relaciones sexuales. Proporciona protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS).	Malestar o dolor durante la penetración o el acto sexual. Sensación de quemazón, erupción o picazón
	Espermicida solo	28 Debe usarlo cada vez que tiene relaciones sexuales.	Irritación Reacciones alérgicas Infección del tracto urinario

3.3. Abordaje después de la elección del método anticonceptivo.

Se debe brindar información sencilla y clara sobre el método seleccionado (cómo funciona, cómo se usa, efectos secundarios y signos de alarma). Si por algún motivo la persona tiene dudas o limitaciones para aceptar el método o no se decide, es aconsejable, regresar al paso anterior de elección del método. Asegurando que la persona no se marche sin haber iniciado un método y para aclarar dudas puede utilizar la tabla de “Comparación de la efectividad de los métodos de planificación familiar”. Una buena consejería permitirá que la persona o pareja puedan decidir cualquiera de las opciones disponibles.

4. Valorar los Criterios Médicos de Elegibilidad CME (Anexo1)

Los Criterios Médicos de Elegibilidad de anticonceptivos (CME) proporcionan un adecuado margen de seguridad en el uso de los métodos anticonceptivos y son una guía basada en evidencia (OMS). Permiten la elección y prescripción del método anticonceptivo de cada persona. Cuando se realicen cambios de categorías debe registrarse en el expediente clínico tanto en la consulta inicial como en cada visita subsecuente.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en una de las cuatro categorías de la Ilustración 1 siguiente: (OMS, 2015). En el anexo 1. “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos OMS”, de este protocolo, se encuentran las pautas que serán utilizadas como parte del soporte de la consejería y para la prescripción de los MAC, tanto para las personas de primera vez, como las de forma subsecuente.

Su utilización apropiada permite la mejor precisión al momento de la selección de un método y por tanto favorece la adherencia. Las personas que al inicio correspondía p.ej. la Categoría 1 de los CME, y que se necesita pasar a otra categoría de elección debido a una condición o una patología particular, debe quedar consignado en el expediente, la nueva evaluación y categoría nueva a la que corresponde el método y brindar el seguimiento adecuado.

Ilustración 3. Categorías para la Elección de un MAC

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	SÍ (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	NO (No use el método)
4	No se debe usar el método	

5. Garantizar la entrega del método anticonceptivo

El papel del personal de salud es asegurarse que las personas conozcan los distintos MAC disponibles en el servicio de salud, brindándoles la información de manera sencilla, tomando cuenta sus necesidades para entregar de inmediato un método de anticoncepción seguro y eficaz desde la primera visita y durante el seguimiento.

Se debe dar recomendaciones a cada persona que el uso correcto y consistente puede variar en función de las características, como la edad, los ingresos, el deseo de demorar el embarazo y la cultura. Cuando el método es irreversible cada persona debe recibir asesoramiento según corresponda.

El personal de salud o personal comunitario deben dar prioridad a la entrega de métodos anticonceptivos a las mujeres que presentan factores de riesgo reproductivo, con la seguridad que postergar un embarazo evitará riesgos a la salud e incidir en la morbi mortalidad materna y perinatal. En el caso del Ministerio de Salud los métodos anticonceptivos que se garantizarán son los que se encuentren disponibles en la lista básica del MINSA.

6. Las consultas subsecuentes o de seguimiento.

Durante las visitas subsecuentes es donde se identifica en cada persona cualquier alteración clínica, el cambio de método, la información que evalúa la calidad de atención en el servicio o cualquier aclaración, que debe ser anotada en el expediente clínico y se evoluciona en Historia Clínica de ingreso y seguimiento de personas de planificación familiar. El seguimiento es determinante para asegurar los derechos de SSR y **mantener la adherencia al método anticonceptivo**, el Censo de Planificación Familiar permite hacer las anotaciones de la próxima cita. En la visita de seguimiento:

- Pregunte a la persona si está usando el método, si la respuesta es afirmativa, pregunte si está satisfecha con el método.
- Pregunte cómo se ha sentido y tome nota de algún efecto secundario; respóndalos uno por uno, escuche, aclare dudas y creencias en lenguaje efectivo.
- De manifestar algún efecto secundario, pregunte cuán severo es, infórmele en el caso de efectos menores diciéndole que no son peligrosos y frecuentemente son pasajeros. Explique su causa. Verifique los CME.
- Si los efectos secundarios son severos, refírerala para que reciba tratamiento.
- Asesore sobre prevención de la violencia de género, infecciones de transmisión sexual y protección dual-
- Compruebe que está usando su método correctamente. Averigüe si tiene alguna pregunta

Si la persona desea utilizar otro método:

- Explique de nuevo que hay otros métodos y siga el proceso para ayudarle a elegir otro.
- Recuérdelle que cambiar de método, es normal. Nadie puede realmente decidirse por un método sin probarlo primero. También puede cambiar la situación de la persona y, en ese caso, puede que otro método sea mejor.
- Si la persona desea tener un hijo, explíquele cómo dejar el método. Refírerala, si es necesario, para que pueda interrumpir el método, por ejemplo, en el caso de la remoción de una T de Cobre).
- Si la persona ha dejado de utilizar el método anticonceptivo y está embarazada, refírerala a la Atención Prenatal o inícielo de inmediato si está dentro de sus competencias.

VII. Definición

La planificación familiar permite a las parejas ejercer su derecho a decidir por sí mismas tener el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública como pilar de la Maternidad Segura, una medida de bienestar familiar, una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.

En consecuencia, todas las personas tienen derecho a la elección libre e informada de los métodos de planificación familiar que le aseguren una vida sexual responsable, satisfactoria, libre de riesgo, con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer de acceder a los servicios adecuados de salud, que deben aplicar los criterios de elegibilidad y las prácticas recomendadas para ayudarles a elegir y usar un método de planificación familiar de manera consistente.

Se debe continuar fortaleciendo las estrategias para alcanzar la cobertura universal de los métodos anticonceptivos, especialmente en: adolescentes, discapacitados, y personas de comunidades con limitaciones de acceso geográfico.

VIII. Clasificación

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo y pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para la planificación familiar.

Clasificación	Nombre	Disponibilidad en el MINSA
Anticonceptivos Hormonales combinados (estrógeno+ progestina)	Orales: AOC	disponible
	Parche: PAC	
	Anillo Vaginal: AVC	
	Inyectables combinados: AIC	disponible
Hormonales de progestina solo	Orales. AOPS	
	Acetato de medroxiprogesterona de depósito, IM: AMPD	disponible
	Enantato de noretisterona IM: EN-NET	
	Implantes subdérmicos de levonorgestrel: LNG o Etonogestrel: ETG	
Dispositivos intrauterinos (DIU)	DIU de cobre: DIU-Cu	disponible
	DIU de levonorgestrel: DIU-LNG	
Métodos de Barrera (BARR)	Condones masculinos: C	disponible
	Condones femeninos	
	Espermicida: E	
	Diafragma, capuchón cervical: D	
Métodos basados en el conocimiento de la Fertilidad (MBCF)	Basados en síntomas: SINT	
	Basados en el calendario. CAL	
Método Irreversible: anticoncepción quirúrgica	Salpingoclásia	disponible
	Vasectomía	disponible
Retiro (coito interrumpido)		
Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)		

A continuación, se describe una ficha técnica con la información científica actualizada para cada uno de los métodos anticonceptivos disponibles especialmente en el MINSA.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)	
Definición	Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas—un progestágeno y un estrógeno—iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer.
Mecanismo de acción	Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
Presentación disponible en el MINSA	Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml (Mesigyna)
Efectos secundarios	Cambios en los patrones de sangrado: Sangrado más escaso, durante menos días, sangrado irregular, sangrado infrecuente, sangrado prolongado, ausencia de menstruación, aumento de peso, cefaleas, mareos y mayor sensibilidad en los senos, Trombosis venosa, Trombosis arterial, Evento Cerebrovascular, Migrañas.
Asesorar sobre los efectos secundarios	Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales. La falta de sangrado no significa que haya un embarazo y habitualmente disminuye o cesa en los primeros meses después de comenzar a ponerse las inyecciones.
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<ul style="list-style-type: none"> Lo habitual es que la menstruación sea leve. El sangrado dure menos días, o sea irregular o infrecuente. La inyección puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días. Aunque retrase aún más, todavía se puede poner la inyección. Para que la efectividad sea óptima es importante volver a consulta cada 4 semanas.
Cuando iniciar los inyectables combinados	<ul style="list-style-type: none"> Asegúrese que la persona no esté embarazada Iniciar en cualquier momento del mes, si tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal. Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo, Despues del día 7, necesitará abstinencia o un método de respaldo por 7 días. Inmediatamente si el método anterior era un dispositivo intrauterino (DIU) En 6 meses post parto cuando la lactancia materna ha sido exclusiva o cuando ya no sea el principal alimento del bebé (lo que ocurra primero). 6 semanas después del parto en caso de lactancia materna parcial, si no se ha restablecido la menstruación, usar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección. En cualquier momento entre el día 21 y el día 28 después del parto sino está amamantando. no necesita un método de respaldo. 04 semanas pos parto sino se ha restablecido la menstruación y no está amamantando. En ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia) puede iniciar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Inmediato pos aborto si se aplica antes de 7 días, no necesita anticonceptivo de respaldo. Inmediatamente del uso de PAE. No necesita esperar la próxima menstruación
Quién puede usar inyectables combinados	<ul style="list-style-type: none"> Todas las mujeres hayan tenido hijos o no; estén casadas o no y cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres hasta los 50 años. Después del parto y durante la lactancia materna, tras cierto plazo. Mujeres luego de un aborto o un embarazo ectópico; Sí fuman, sin importar la cantidad de cigarrillos al día, y son menores de 35 años; Sí fuman menos de 15 cigarrillos al día y tienen más de 35 años; Sí tienen anemia o la han tenido en el pasado. Si tienen varices (venas varicosas); Sí tienen infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no es perjudicial. No producen infertilidad en la mujer. No provocan una menopausia temprana. No causan defectos congénitos ni nacimientos múltiples. No provocan prurito. No modifican la actividad sexual de la mujer

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE PROGESTÁGENO SOLO	
Definición	Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (NET-EN) contiene un progestágeno igual a la hormona natural progesterona. No contienen estrógenos, por lo que pueden ser utilizados durante la lactancia materna, a partir de las 6 semanas después del parto, y por mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos con estrógenos
Mecanismo de acción.	Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
Presentación disponible en el MINSA	Acetato de Medroxi Progesterona de Depósito 150 mg en 1 ml (AMDP o Deprovera)
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> En los 3 primeros meses: Sangrado irregular o prolongado Al año: Ausencia de menstruación, sangrado infrecuente, sangrado irregular El aumento gradual de peso es frecuente, de 1–2 kg por año
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de menstruación no es perjudicial y la sangre no se acumula en el cuerpo El sangrado irregular no es perjudicial y se hace más leve o desaparece tras pocos meses En caso de distensión abdominal considere los remedios disponibles
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<ul style="list-style-type: none"> Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales. La efectividad es alta, independientemente del patrón de sangrado Para que la efectividad sea óptima, es importante regresar cada 3 meses La inyección puede administrarse hasta con 4 semanas de retraso en el caso del AMPD o hasta con 2 semanas de retraso en el caso del EN-NET Con frecuencia hay una demora en la recuperación de la fertilidad.
Cuando iniciar inyectables de progestágeno solo	<ul style="list-style-type: none"> En cualquier momento del mes, si tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal. Asegúrese que la mujer no esté embarazada Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo, después de 7 días necesita abstenerse o utilizar método de respaldo. Si el método anterior era un DIU puede iniciar inmediatamente, 6 semanas posparto o si no se ha restablecido la menstruación entre las 6 semanas y los 6 meses, si la lactancia es exclusiva o parcial y no es necesario un método de respaldo. 6 meses después del parto, si no se ha restablecido la menstruación y se debe utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección. En cualquier momento sino está amamantando. En ausencia de menstruación: sin relación con el parto o la lactancia materna, se puede iniciar a usar los inyectables en cualquier momento si es razonablemente seguro que la persona no está embarazada y debe utilizar un método respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección. Inmediato de un aborto y si comienza en el plazo de 7 días después del aborto, no necesita un método de respaldo. Despues de tomar la píldora anticonceptiva de urgencia y necesitará utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección. Después de utilizar Anticoncepción de emergencia con Ulipristal iniciar al sexto día.
Quién puede usar inyectable de progestágeno solo	<ul style="list-style-type: none"> Todas las mujeres hayan tenido hijos o no; casadas o no y cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años. Después del parto y durante la lactancia materna, tras cierto plazo. Mujeres luego de un aborto o un embarazo ectópico Si fuman, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen Si están amamantando, comenzando 6 semanas después del parto; Si tienen una infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no es perjudicial y podría ayudar a prevenir la anemia. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo. La efectividad es alta, independiente del patrón de sangrado. No altera el curso de un embarazo. No produce infertilidad en la mujer

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	
Definición	El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Es uno de los MAC más efectivos y acción más prolongada
Mecanismo de acción	Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña a los espermatozoides y al óvulo antes de que lleguen a encontrarse.
Presentación disponible en el MINSA	En el MINSA está disponible la T de cobre 380 A (314 mm ² de superficie de cobre en la rama principal, más 33 mm ² en cada uno de los brazos = 380 mm ²). El DIU TCu-380A es efectivo durante 12 años.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • En los 3-6 primeros meses: menstruación prolongada y profusa, sangrado irregular, más espasmos y dolor durante la menstruación. • Muy raro, aborto espontáneo, parto prematuro o infección, en el caso raro de que la mujer quede embarazada mientras tiene colocado el DIU
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • No suele ser perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras varios meses de uso. El DIU puede provocar espasmo o dolor durante uno o dos días. Puede indicar un analgésico. En caso de anemia proporcionele suplementos de hierro en comprimidos.
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<ul style="list-style-type: none"> • El DIU proporciona protección frente al embarazo por un período prolongado. Debe insertarlo en el útero un proveedor con capacitación específica. Una vez colocado el DIU, la persona no tiene que hacer casi nada. Los cambios en el sangrado son frecuentes. • No se debe insertar un DIU a una mujer que tenga gonorrea o clamidiasis. El hecho de tener estas ITS en el momento de la inserción puede aumentar el riesgo de padecer una Enfermedad Inflamatoria pélvica.
Cuando iniciar el uso de un DIU	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento del mes, si tiene ciclos menstruales y si lo realiza en un plazo máximo de 12 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo. • Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable, se puede insertar el DIU en el momento en que le hubiera correspondido ponerse la siguiente inyección. • Dentro de las 48 horas posparto, incluso si se trató de un parto por cesárea. • Si han pasado más de 48 horas posparto, postergue la colocación del DIU hasta 4 semanas después del parto. • Entre las 4 semanas y los 6 meses posteriores al parto en mujeres que realizan lactancia materna exclusiva o casi exclusiva. • Si la menstruación no se ha restablecido, se puede insertar el DIU, asegurándose que no esté embarazada • A lo inmediato después de un aborto y si se inserta en un plazo máximo de 12 días después de un aborto, no necesita método de respaldo. En caso de un aborto infectado tratar la infección, ofrétele otro método inmediato. Si quiere utilizar el DIU espere que la infección haya desaparecido. • En el plazo máximo de 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección • El mismo día en que la mujer ha tomado las píldoras anticonceptivas de urgencia
Quién puede usar un DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser utilizados por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes y las mujeres hasta 50 años: casadas o no y aquella que han tenido hijos o no. • Si recientemente han tenido un aborto sin hay indicios de infección y si han tenido un embarazo ectópico. Mujeres que han tenido una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP; infección del aparato genital femenino) y si tienen infecciones vaginales tratadas. • Mujeres que están amamantando. Las que realizan un trabajo físico intenso o si tienen anemia. Mujeres con enfermedad clínica por el VIH con síntomas leves o sin síntomas, reciban o no tratamiento antirretroviral.
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> • Rara vez provocan una enfermedad inflamatoria pélvica y no aumenta el riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH. • No aumenta el riesgo de aborto espontáneo cuando la mujer se queda embarazada tras retirar el DIU. No hacen que la mujer se vuelva estéril y no provocan defectos congénitos; • No causan cáncer y no se desplazan hacia el corazón o el cerebro: No causan molestias ni dolor a la mujer o al hombre durante las relaciones sexuales y reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico

METODOS DE BARRERA (preservativo masculino y femenino)	
Definición	Los preservativos masculinos son fundas o forros que se adaptan a la forma del pene erecto. Los preservativos femeninos son revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer, sin quedar estrechamente ajustados; están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente. Cuando se utilizan correcta y sistemáticamente, evitan entre 80% y 95% de la transmisión del ITS y VIH.
Mecanismo de acción	Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que los microorganismos infecciosos presentes en el semen, el pene o la vagina infecten a la pareja
Presentación disponible en el MINSA	Los preservativos masculinos de látex están disponibles en el MINSA. Es útil para la doble protección. El preservativo femenino no está disponible en el MINSA.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Es extremadamente raro una reacción alérgica al látex (urticaria o erupción).
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de alergia al preservativo dígale al usuario que deje de utilizar preservativos de látex
Recordarle a la persona que:	<ul style="list-style-type: none"> • Los preservativos masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH, la infección por el virus del herpes y el virus del papiloma humano. • Para mayor efectividad, es necesario usarlos correctamente en cada acto sexual. • Requieren la cooperación tanto del hombre como de la mujer. • Debe utilizar un preservativo nuevo para cada acto sexual • La mujer o pareja no debe confiar en la eficacia de los preservativos de látex cuando esté usando miconazol o econazol por vía vaginal, dado que estos medicamentos pueden dañar al látex.
Cuando iniciar	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento, cuando un hombre o una pareja busque protección frente al embarazo o las ITS/VIH.
Quién puede usar el preservativo masculino	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los hombres y las mujeres pueden usar con seguridad preservativos masculinos de látex, excepto: los que hayan presentado alguna reacción alérgica grave al látex
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> • No provocan esterilidad, impotencia, ni debilidad, ni reducen el deseo sexual del hombre. • No pueden perderse en el cuerpo de la mujer. No tienen orificios que permitan el paso del VIH. • No causan ninguna enfermedad a la mujer o pareja • No causan ninguna enfermedad al hombre por hacer que el esperma "retroceda". • No solo se usan en relaciones sexuales extramatrimoniales. También los utilizan las parejas casadas. • No causan cáncer ni contienen productos químicos cancerígenos.

MÉTODOS BASADOS EN LOS SINTOMAS

Definición	<p>Método de los 2 días: La mujer revisa las secreciones cervicouterinas cada tarde o noche, en los dedos, en la ropa interior, o por la sensación que tiene en el interior de la vagina o a su alrededor. Tan pronto como percibe la secreción, de cualquier color o consistencia, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles. La pareja puede volver a tener relaciones sexuales después que la mujer haya tenido dos días consecutivos sin secreciones de ningún tipo (días "secos").</p> <p>Método de la temperatura corporal basal: La mujer se toma la temperatura corporal a la misma hora cada mañana, antes de levantarse de la cama y antes de comer. Debe registrar la temperatura en un gráfico especial. Observa si la temperatura aumenta ligeramente —de 0,2 °C a 0,5 °C, justo después de la ovulación (hacia la mitad del ciclo menstrual). Se debe evitar tener relaciones sexuales o utilizar otro método. Por ejemplo, el condón.</p> <p>Método de la ovulación: Evitar tener relaciones sexuales sin protección los días de sangrado menstrual abundante, pues la ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo, durante los últimos días de la menstruación. Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener relaciones sexuales sin protección, pero no en 2 días consecutivos. Se recomienda que tengan relaciones sexuales por la noche, después de que la mujer ha estado en posición erguida durante unas horas y haya comprobado la presencia de moco cervicouterino. Es recomendable uso de condón.</p>
Mecanismo de acción	Actúan ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedarse embarazada. La pareja previene el embarazo cuando evita tener relaciones sexuales vaginales sin protección durante los días fecundos; generalmente mediante la abstinencia o utilizando preservativo. Algunas parejas utilizan espermicidas o el coito interrumpido, pero estos métodos se encuentran entre los menos efectivos
Disponibilidad en el MINSA	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza Consejería. Se provee condones para doble protección.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno. Incapacidad para abstenerse de relaciones sexuales en el período fértil.
Asesorar sobre los efectos secundarios	<p>Si presenta una infección vaginal u otra afección que modifique el moco cervicouterino, puede que ser difícil usar el método de los dos días.</p> <p>Reconocer diferentes tipos de secreciones cuando se utiliza el método de la ovulación. Es recomendable el uso de preservativos.</p>
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<p>Cautela: proporcione asesoría para conseguir que el método se utilice correctamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ciclos menstruales que acaban de empezar, menos frecuentes o se han interrumpido debido a la edad. Afección crónica que eleva la temperatura corporal Aborto espontáneo o provocado reciente. Tratamiento con fármacos que modifiquen las secreciones cervicouterinas <p>Demorar: el uso del método debe postergarse hasta que la situación de la mujer se haya evaluado. Proporcione otro método hasta que pueda usar un método basado en los síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto reciente o lactancia materna en curso. Demorar hasta que se restablezca las secreciones normales: al menos 6 meses después del nacimiento en las mujeres que amamantan y al menos 4 semanas después del parto en las que no amamantan. Afección aguda que aumenta la temperatura corporal. Sangrado vaginal irregular o Flujo vaginal anormal
Cuando iniciar	<ul style="list-style-type: none"> Una vez capacitados la pareja pueden comenzar a utilizar el método.
Quién puede usar	<ul style="list-style-type: none"> Todas las mujeres. Sin embargo requiere disciplina de la pareja
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> Pueden ser efectivos si se usa sistemática y correctamente. No requieren que la mujer tenga un nivel educativo avanzado. No provocan ningún daño al hombre que se abstiene de tener relaciones sexuales. No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil de la mujer.

MÉTODOS BASADOS EN EL CALENDARIO (CAL)

Definición	<p>Una mujer puede usar el método, si la mayoría de sus ciclos menstruales duran de 26 a 32 días. Se inicia contando el primer día de la menstruación como día 1. Se considera que el período fértil está comprendido entre los días 8 y 19 de cada ciclo y se debe evitar las relaciones sexuales vaginales o utilizar preservativos.</p> <p>La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día aproximado de su período fértil. Después debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día aproximado de su período fértil.</p> <p>Ejemplo: Si el más corto de sus 6 últimos ciclos fue de 27 días, $27 - 18 = 9$. Tiene que empezar a evitar las relaciones sexuales sin protección en el día 9. Si el más largo de sus 6 últimos ciclos fue de 31 días, $31 - 11 = 20$. La mujer puede tener relaciones sexuales sin protección en el día 21. Por lo tanto, debe evitar las relaciones sexuales sin protección desde el día 9 hasta el día 20 de su ciclo.</p>
Presentación disponible en el MINSA	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza consejería.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<ul style="list-style-type: none"> • Cautela: quizá sea necesario asesoramiento adicional o especial para conseguir que el método se utilice correctamente. Usar con cautela cuando los ciclos menstruales son irregulares. • Demorar o Postergar: significa que debe postergarse hasta que la situación o afeción de la mujer se haya evaluado o corregido. Proporcionar otro método hasta que pueda comenzar a usar el método basado en el calendario. • Si la mujer ha dado recientemente a luz o está amamantando. Postergue hasta que haya tenido al menos 4 ciclos menstruales y los ciclos vuelvan a ser regulares. • Si la mujer ha tenido recientemente un aborto espontáneo o provocado. Postergue hasta el inicio de la próxima menstruación. Aliente usar preservativos. • Si presenta sangrado vaginal irregular. Postergue hasta que los ciclos se hayan vuelto más regulares. Aliente usar preservativos. <ul style="list-style-type: none"> • Antes de confiar en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual durante 6 meses como mínimo
Cuando iniciar	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez capacitados, la mujer o ambos miembros de la pareja generalmente pueden comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en cualquier momento • En cualquier momento del mes si tiene ciclos regulares. • Despues del parto, usar el método de los días fijos hasta que la mujer haya tenido 4 ciclos menstruales y el último haya sido 26-32 días atrás. • Demore el uso del método de los días fijos hasta que comience la próxima menstruación en caso de aborto. • Si está cambiando de método y el anterior eran anticonceptivos inyectables, retrase el inicio del método de los días fijos al menos hasta cuando le hubiera correspondido ponerse la próxima inyección, y luego comience con este método al principio de la próxima menstruación. Misma recomendación después de tomar píldoras anticonceptivas • de emergencia.
Quién puede usar	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las mujeres pueden utilizar método calendario, pero requiere disciplina de la pareja.
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser efectivos si se usan sistemática y correctamente. • No requieren que la mujer esté alfabetizada o tenga un nivel educativo avanzado. • No provocan ningún daño al hombre que se abstiene de tener relaciones sexuales. • No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil de la mujer.

SALPINGECTOMIA

Definición	Es un método anticonceptivo quirúrgico definitivo para mujeres que no quieren tener más hijos. Las técnicas quirúrgicas más utilizados son: <ul style="list-style-type: none"> La mini laparotomía, supone hacer una pequeña incisión en el abdomen. Las trompas de Falopio se llevan hacia la incisión, para cortarlas o bloquearlas. La laparoscopia que implica insertar en el abdomen, mediante una incisión pequeña, el laparoscopio; este instrumento permite que el médico alcance y bloquee o corte las trompas de Falopio en el abdomen. Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos,
Mecanismo de Acción	Funciona porque se cortan o bloquean las trompas de Falopio. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden avanzar por las trompas y, por lo tanto, no se encuentran con los espermatozoides
Presentación en el MINSA	<ul style="list-style-type: none"> Disponible
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno. Complicaciones muy raras es la infección o el absceso de la herida.
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> En caso de infección o absceso en la herida, límpie la zona infectada con agua y jabón o con un antiséptico y administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<p>Es permanente. Implica realizar una exploración física y una intervención quirúrgica. No tiene efectos secundarios a largo plazo.</p> <p>Cautela: Se puede realizar el procedimiento con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la afección: Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica, Miomas uterinos y Cáncer de mama. Antecedentes de accidente cerebrovascular o cardiopatía sin complicaciones, Diabetes e hipertensión.</p> <p>Demorar significa dejar la esterilización femenina para más adelante, hasta que las afecciones sean tratadas y resueltas. Ayude a la persona a elegir otro método anticonceptivo hasta que se pueda realizar el procedimiento: embarazo en curso, parto hace 7-42 días y posparto después de un embarazo con preeclampsia grave o eclampsia. Cardiopatía provocada por bloqueo o estenosis arterial, coágulos sanguíneos en venas profundas o en pulmones.</p> <p>Precauciones especiales: Para llevar a cabo el procedimiento con personal experimentado y técnica apropiada: Útero fijo debido a cirugía o infección previas; endometriosis, hernia de la pared abdominal o umbilical, rotura o perforación uterina posparto o postabortion, diabetes con más de 20 años de evolución o daños en las arterias.</p>
Cuando iniciar	<ul style="list-style-type: none"> La mujer puede someterse a este procedimiento en cualquier momento, sino hay razón médica que lo impida y que se esté que no está embarazada Si han pasado más de 7 días desde el comienzo de la menstruación Si el método anterior eran los anticonceptivos orales, puede seguir tomando las píldoras hasta que haya terminado el paquete, para mantener su ciclo regular Si el método anterior era un DIU, se puede realizar el procedimiento de inmediato Inmediatamente o en el plazo máximo de 7 días después del parto 06 o más semanas después del parto si es seguro que no esté embarazada
Quién puede usar	Todas las mujeres pueden someterse a la esterilización femenina. Las mujeres con infección por el VIH o que sigan tratamiento antirretroviral (ARV) pueden someterse a la esterilización femenina con seguridad
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> No debilita a la mujer. No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen. No se extirpa el útero ni hay necesidad de hacerlo. No provoca desequilibrios hormonales. No da lugar a un sangrado más abundante ni a un sangrado irregular, ni altera de otra manera los ciclos menstruales. No provoca alteraciones del peso, el apetito o el aspecto. No modifica el comportamiento sexual de la mujer ni su deseo sexual. No causa embarazos ectópicos; por el contrario, reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico

VASECTOMIA	
Definición	Es un método anticonceptivo definitivo para los hombres que no quieren tener más hijos. A través de una punción o pequeña incisión en el escroto, se localiza los dos conductos deferentes que transportan los espermatozoides hacia el pene y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).
Mecanismo de acción	Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo que los espermatozoides pasen al semen. En la eyaculación, se sigue expulsando el semen, pero no puede dar lugar a un embarazo. Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos. No afecta el desempeño sexual.
Disponible en el MINSA	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún efecto secundario. Se trata de un procedimiento quirúrgico seguro y sencillo • Complicaciones raras: Dolor escrotal o testicular intenso durante meses o años. Infección en el lugar de la incisión o dentro de la incisión
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía, queda embarazada, puede ser porque: La pareja (el hombre, la mujer o ambos) no ha usado sistemáticamente otro método anticonceptivo durante los 3 meses siguientes al procedimiento. Se cometió algún error. Los extremos por los que se cortaron los conductos deferentes volvieron a juntarse
Recordarle al Hombre o pareja que:	<ul style="list-style-type: none"> • Es definitivo. Es efectiva hasta 3 meses después del procedimiento. <p>Cautela: quiere decir que se puede realizar el procedimiento en un entorno habitual, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la afección: Lesión escrotal previa, Escroto inflamado debido a venas o membranas inflamadas, en el cordón espermático o los testículos (varicocele o hidrocele grande), Criotorquidia (testículo no descendido). Diabetes, Depresión, Muy joven, Lupus con anticuerpos antifosfolípidicos</p> <p>Demorar: es dejar en agenda la vasectomía, hasta que las afecciones sean tratadas y resueltas. Suministre al usuario condones u otro método hasta realizar el procedimiento: Infección de transmisión sexual activa, conductos espermáticos (epidídimo) o testículos tumefactos y dolorosos (inflamados), Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal. Infección general o gastroenteritis. Filariasis o elefantiasis</p> <p>Precauciones especiales se refiere a preparativos especiales que se deben hacer para llevar a cabo el procedimiento tales como: personal experimentados y técnica anestésica más apropiadas: Hernia inguinal y criotorquidia, infección por el VIH con enfermedad clínica avanzada o grave, (coagulopatías), Lupus con trombocitopenia grave.</p>
Cuando iniciar	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediato. En cualquier momento que en que lo solicite el hombre (si no hay una razón médica para postergarlo)
Quién puede usar	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier hombre puede someterse a la vasectomía de manera segura, aunque: no tenga hijos o tenga pocos hijos; esté casado o no esté casado; sin el permiso del cónyuge; sea joven; tenga anemia drepanocítica (anemia de células falciformes). • Tenga riesgo de infección por el VIH u otras ITS, haya contraído la infección por el VIH, siga o no tratamiento antirretroviral
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> • No se extirpan los testículos, ya que solo se bloquean los conductos que transportan los espermatozoides desde los testículos. Los testículos permanecen en su lugar. • No disminuye el deseo sexual. No afecta a la función sexual. La erección del hombre tiene la misma firmeza y dura lo mismo, y la eyaculación es igual que antes de la intervención. • No hace que el hombre engorde o se debilite, ni lo hace menos masculino o menos productivo. No provoca ninguna enfermedad en etapas posteriores de la vida. • No impide la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.

PILDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (PAE)	
Definición	La píldora anticonceptiva de emergencia llamada también “píldora del día después”. Entre las píldoras que pueden usarse como PAE están levonorgestrel solo o acetato de ulipristal (AUP). Píldoras de progestágeno solo, con levonorgestrel o norgestrel; anticonceptivos orales combinados, con un estrógeno y un progestágeno: levonorgestrel, norgestrel o noretindrona (también denominada noretisterona).
Mecanismo de Acción	Actúan previniendo o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
Presentación disponible MINSA	<ul style="list-style-type: none"> Levonorgestrel, tabletas de 750 µg (0.75 mg)
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> Cambios de los patrones de sangrado: Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días después de tomar las PAE, Menstruación que comienza antes o después de lo previsto Náuseas, dolor abdominal, fatiga, cefaleas, sensibilidad en los senos, mareos y vómitos.
Asesorar sobre los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres que han tenido náuseas al usar PAE pueden tomar medicamentos contra las náuseas, entre media hora y una hora antes de tomar las PAE. Vómitos: Si la mujer vomita en el plazo máximo de 2 horas desde la toma de las PAE de progestágeno solo o las de estrógeno y progestágeno combinados, debe tomar otra dosis. Si vomita en el plazo máximo de 3 horas desde la toma de PAE de acetato de ulipristal, debe tomar otra dosis. Si el vómito ocurre más de 2 horas después de tomar PAE de progestágeno solo o de estrógeno y progestágeno combinados, o 3 horas después de tomar PAE de acetato de ulipristal, entonces no necesita tomar ninguna píldora adicional
Recordarle a la Mujer o pareja que:	<ul style="list-style-type: none"> Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) ayudan a la mujer a prevenir un embarazo cuando tiene relaciones sexuales sin haber usado algún método anticonceptivo o el condón se rompió o se usó de manera inadecuada. Cuanto antes se tomen después de tener relaciones sexuales sin protección, más posibilidades hay de evitar el embarazo
Cuando iniciar	<ul style="list-style-type: none"> En cualquier momento en el plazo máximo de 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección. Después de tomar PAE de progestágeno solo o combinados, puede reanudar cualquier método anticonceptivo de inmediato, no es necesario esperar a la próxima menstruación. Todas las mujeres tienen que abstenerse de mantener relaciones sexuales o bien usar un método de respaldo durante los 07 primeros días de uso de un método anticonceptivo. Después de tomar PAE de acetato de ulipristal (AUP): puede comenzar o reanudar el uso de cualquier método anticonceptivo que contenga un progestágeno el sexto día después de haber tomado el acetato de ulipristal.
Quién puede usar	<ul style="list-style-type: none"> Todas las mujeres de cualquier edad, pueden usar PAE de forma segura y efectiva, incluidas las que no pueden utilizar métodos anticonceptivos hormonales. Debido a la brevedad de su uso. No existen afecciones médicas que hagan que las PAE sean inseguras para cualquier mujer. Toda mujer que ha sufrido una agresión sexual, relación sexual sin protección, equivocaciones en el uso de métodos anticonceptivos, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> El preservativo se usó incorrectamente, se deslizó o se rompió. La pareja utilizó incorrectamente un método basado en el conocimiento de la fertilidad. El hombre no se retiró, antes de eyacular. La mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección tras haber dejado de tomar 3 o más píldoras de AOC, o inicio con 3 o más días de demora. El dispositivo intrauterino (DIU) no permanece en su lugar. La mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección cuando tenía un retraso superior a 4 semanas para recibir la (AMPD), superior a 2 semanas para recibir la inyección de enantato de noretindrona (EN NET), o superior a 7 días para recibir la siguiente inyección mensual.
Aclarar malentendidos	<ul style="list-style-type: none"> Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes. No causan abortos. No afectan a la implantación. No causan defectos congénitos si se produce el embarazo. No aumentan el comportamiento sexual de riesgo. No provocan infertilidad a la mujer. Pueden usarse más de una vez en un ciclo.

IX. Procedimientos

A. Anticoncepción a diversos grupos.

Para guiar de forma rápida la elección informada de las opciones anticonceptivas se ha elaborado la “Ilustración 2. Recomendaciones de un método anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona”.

La Ilustración 2. Tiene 21 columnas, en la primera columna se encuentran los grupos de población y en las columnas 2 a la 21 las recomendaciones anticonceptivas de acuerdo a los CME. Ver la sección de Anexo. Página 99 de este Protocolo.

1. Anticoncepción en Adolescentes

Prevenir los embarazos no deseados y mejorar el espaciamiento de embarazos entre Adolescentes y jóvenes reducirán la morbilidad y mortalidad materno -infantil, las tasas de abortos inseguros, disminuirán la incidencia de las ITS/VIH, mejorarán el estado nutricional, mantendrán a las niñas en la escuela, mejorarán las oportunidades económicas, y contribuirán a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de los cuales Nicaragua es garante. Se fortalecerá el acceso a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes que garanticen plena elección informada de los métodos anticonceptivos. (Family planning org, 2020)

La población adolescente por lo general tiene poco acceso a la información y a los servicios de anticoncepción necesarios para proteger su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Es imperante implementar el proceso de la consejería balanceada según la Norma y todas las acciones amigables que satisfagan las necesidades de anticoncepción para adolescentes y que se continúen eliminando las barreras de acceso a los servicios de salud. Para muchas personas jóvenes las normas relacionadas con el género y la edad restringen su capacidad de entender sus opciones de Salud sexual y reproductiva (SSR), tomar decisiones informadas y acceder información y servicios.

Retomando las recomendaciones de la OMS se establecen cinco características para los servicios juveniles que sean aceptables o acogedores:

- Equidad: Todos los adolescentes no sólo ciertos grupos, son capaces de obtener los SSR que necesitan. P. Ej. Urbanos y rurales, en la escuela y fuera de ella.
- Accesibles: Los adolescentes pueden obtener los servicios proporcionados en modalidad intramuros y extramuros. P.ej. ECMAC, ITS, Violencia de género y otros.
- Aceptables: Los servicios de salud satisfacen las expectativas de las personas jóvenes.
- Apropriados: Se proporcionan los servicios que los adolescentes necesitan.
- Eficaces: Los servicios se prestan de la manera correcta y contribuyen a la salud juvenil.

Características de los establecimientos de salud para adolescentes.

- El personal tiene la actitud y aptitud para atender adolescentes
- Se reservan horarios y días específicos para adolescentes y jóvenes.
- La inmediatez de la Consejería (MAC, ITS, violencia de género)
- Disponibilidad y entrega inmediata de MAC (USAID, 2015)

Todos los anticonceptivos son seguros para las personas adolescentes y jóvenes, sin embargo, es recomendable considerar lo siguiente: **Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada son los más efectivos. Tal como muestra la ilustración 2.**

Recomendación de un Método Anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona según los CME.

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada:

La anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés) es un anticonceptivo que dura varios años.

- ✓ DIU con cobre (T de Cobre, que está disponible en el MINSA)
- ✓ Sistema de liberación intrauterino (SIU) con levonorgestrel. No disponible MINSA(NDM).
- ✓ Implante hormonal subdérmico de una varilla que contiene Etonorgestrel (ND MINSA)
- ✓ Implante hormonal subdérmico de dos varillas, contienen levonorgestrel (ND MINSA).

La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a adolescentes, por lo que es importante conocer primero a cada persona, entender el motivo de su consulta, adaptar el asesoramiento y ofrecer los servicios pertinentes, desde el primer contacto con los servicios de salud. Para ayudar a determinar si la adolescente o joven con ciertas condiciones médicas o características pueden usar de manera segura un método anticonceptivo en particular, consulte los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. (anexo1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos)

A menudo las jóvenes toleran los efectos secundarios peor que las mujeres de más edad. Sin embargo, si reciben buen asesoramiento y continuidad, sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar los métodos anticonceptivos en cuestión. Los jóvenes solteros de ambos sexos pueden tener más parejas sexuales que las personas de más edad, por lo que pueden correr mayor riesgo de contraer ITS/VIH. Al asesorarlos, es importante evaluar su riesgo de contraer ITS/VIH y cómo reducirlo.

2. Anticoncepción en Mujeres en edad fértil.

Se denomina anticoncepción para mujeres en edad fértil o en edad reproductiva la que se realiza para las mujeres entre 15 y 49 años, a fin de contribuir a reducir los riesgos reproductivos, según INIDE para el 2021, ellas son aproximadamente el 53.64 % de la población femenina del país. La anticoncepción permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar definitivamente su vida reproductiva usando un método bien sea reversible o irreversible. Para lo cual deberá tener consejería balanceada, según cada necesidad, acceso a la información adecuada, posibilidad real ejercer su derecho a la planificación voluntaria de su familia, con la provisión inmediata de los anticonceptivos en los establecimientos de salud. El personal que brinda los servicios de planificación familiar debe ofertar los métodos anticonceptivos disponibles e informar de cada uno de ellos para la prevención del embarazo no deseado, su eficacia y los posibles efectos adversos a todas las mujeres en edad fértil que asistan a los servicios.

Las mujeres en edad fértil pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura, desde la primera visita al establecimiento. Los métodos a ofertarse serán aquellos que según los CME sean los más seguros y eficaces y que hayan sido seleccionados de manera libre e informada por cada mujer. Los anticonceptivos de larga duración son los más efectivos.

3. Anticoncepción post parto.

La OMS define la planificación familiar posparto como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésico cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Es importante brindar orientación y la consejería normada a cada una de las mujeres en el período postparto sobre la disponibilidad anticonceptiva, incluyendo el uso del método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA). El método anticonceptivo seleccionado no debe interferir con la lactancia materna. (Ver la ilustración 2. Recomendación de un Método Anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona según los CME).

- a) **Progestágenos solos**
 - ✓ DIU levonorgestrel (según disponibilidad)
 - ✓ Orales: Levonorgestrel, linestrenol, desogestrel, noretisterona,
 - ✓ inyectables: Acetato de medroxiprogesterona
 - ✓ Implantes (No disponible MINSA)
 - ✓ Anillo Vaginal de progesterona (No disponible MINSA)
- b) **Dispositivos intrauterinos:** T Cobre 380 A y DIU con levonorgestrel, realizar la inserción en el postparto inmediato. No debe usarse un DIU en caso de sepsis puerperal.
- c) **Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina:** La minilaparatomía postparto debe hacerse en las 24 horas postparto. Puede hacerse bajo anestesia local. Requiere orientación/consejería previa al parto y consentimiento informado.
- d) **Métodos de barrera: No hay restricciones para su uso**
- e) **Método de Lactancia Materna Exclusiva (MELA):** Una mujer está protegida del embarazo durante los primeros seis meses del período postparto si está practicando la lactancia materna exclusiva y sus períodos menstruales no han retornado. El MELA ofrece a la Mujer y al proveedor: tiempo para brindar información. Si amamanta parcialmente a su bebe: puede empezar a tomar los anticonceptivos orales combinados, después de 6 semanas post parto.

Recuadro. Opciones anticonceptivas y de fertilidad durante el período postparto

Para mujeres en período de lactancia	Para mujeres No en período de lactancia:
Esterilización femenina	Esterilización femenina
Esterilización masculina	Esterilización masculina
Dispositivo intrauterino (DIU)	Dispositivo intrauterino (DIU)
Implantes	Implantes
Píldora de solo progestágeno	Inyectables
Método de amenorrea de la lactancia (MELA)	Anticonceptivos orales combinados
Preservativos	Preservativos
	Anticonceptivo de emergencia

Fuente: OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (2015)

4. Anticoncepción post evento obstétrico.

Se denomina anticoncepción post evento obstétrico a la anticoncepción que se realiza después de un parto (vaginal o por cesárea) o de un aborto, dentro de las 48 horas antes del alta hospitalaria. Esta medida permite a la mujer recibir la información necesaria y consejería para posponer un nuevo embarazo o finalizar definitivamente su vida reproductiva usando un método anticonceptivo bien sea reversible o irreversible. (Ver la ilustración 2. Recomendación de un Método Anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona según los CME).

- ✓ Proporcionar orientación para la planificación familiar como parte de la atención al parto, pone en relieve la importancia de espaciar los embarazos y las opciones disponibles de anticonceptivos posteriores al parto.
- ✓ Tanto las mujeres como sus parejas a menudo tienen un conocimiento escaso sobre las opciones de anticonceptivos, la vuelta a la fertilidad, y los riesgos que entrañan tanto un embarazo no planeado como uno apenas espaciado poco después de un parto.
- ✓ Proporcionar información en este momento puede mejorar los conocimientos y las actitudes en relación con el uso de anticonceptivos posparto.
- ✓ Las mujeres tienen amplias opciones anticonceptivas durante el período inmediatamente posterior al parto. pueden elegir entre una gran variedad de anticonceptivos que incluyen métodos reversibles de larga protección como el DIU o MAC irreversibles para la pareja, consulte siempre la ilustración 2. Recomendaciones de un Método Anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona según CME y los CME).

5. Anticoncepción en el puerperio (Ver ilustración. 2)

La anticoncepción en puerperio tiene el fin de ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y autocuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar en el primer y segundo nivel de atención. Las opciones anticonceptivas recomendables son:

- a) **DIU-Cu:** En un lapso menor de 48 horas después del parto: puede insertarse un DIU-Cu, inmediatamente después de la expulsión de la placenta. Si el parto es por cesárea, el DIU-Cu puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero. De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del DIU-Cu no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3). *Luego de cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea:*
 - ✓ Mujeres que están amamantando: puede insertarse un DIU-Cu si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - ✓ Mujeres que no están amamantando: puede insertarse un DIU-Cu si se determina que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - ✓ Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede

insertarse un DIU-Cu tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales. No se les debe insertar un DIU-Cu a las mujeres que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4)

b) **Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo durante el Puerperio (con lactancia materna)**

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: el uso de inyectables solo con progestágeno, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección con progestágeno solo. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

c) **Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo durante el Puerperio (sin lactancia materna).**

- ✓ Menos de 21 días de puerperio: puede administrarse la primera inyección de anticonceptivos inyectables con progestágeno solo. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- ✓ 21 o más días de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

d) **Anticonceptivos inyectables combinados durante el Puerperio (con lactancia materna)**

- ✓ Si la mujer tiene menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: no se deben usar anticonceptivos inyectables combinados (CME, categoría 4).
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de anticonceptivos inyectables combinados, generalmente, no se

recomienda (CME, categoría 3) a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables.

- ✓ Si han pasado más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de anticonceptivo combinado tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Luego de más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de anticonceptivos combinados tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

e) **Anticonceptivos inyectables combinados durante el puerperio (con lactancia materna).**

- ✓ Si la mujer tiene menos de 21 días de puerperio: el uso de anticonceptivos inyectables combinados, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- ✓ Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de anticonceptivos combinados de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ Veintiún días o más de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de anticonceptivos combinado tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales

f) **Anticonceptivos orales con progestágeno solo durante el Puerperio (con lactancia materna).**

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales con progestágeno solo (CME, categoría 2). Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales con progestágeno solo. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos con progestágeno solo, tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales (CME, categoría 1)

g) Anticonceptivos orales con progestágeno solo durante el Puerperio (sin lactancia materna)

- ✓ Si la mujer tiene menos de 21 días de puerperio: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales con progestágeno solo. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- ✓ Si la mujer tiene 21 días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos con progestágeno solo, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.
- ✓ En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos con progestágeno solo tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales

h) Anticonceptivos orales combinados durante el Puerperio (con lactancia materna)

- ✓ Si la mujer tiene menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: la mujer no debe usar anticonceptivos orales combinados, el parche ni el anillo vaginal combinado (AVC). (CME, categoría 4).
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de los anticonceptivos orales combinados, del parche y del anillo vaginal combinado (AVC), generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
- ✓ Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales combinados, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- ✓ Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales combinados, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales

i) Anticonceptivos orales combinados en el Puerperio (sin lactancia materna)

- ✓ Si la mujer tiene menos de 21 días de puerperio: el uso de anticonceptivos orales combinados, del parche y del anillo vaginal con anticonceptivo combinado (AVC), generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3). Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales,

regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.

- ✓ Si han pasado 21 días o más de puerperio: en el caso de mujeres que no presenten otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales combinados, del parche y del AVC (CME, categoría 2).
- ✓ En las mujeres que reúnen los requisitos médicos y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales combinados del parche y del AVC de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. La mujer deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ Mujeres que reúnen los requisitos médicos y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales combinados, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales

6. Anticoncepción post aborto.

Una mujer tiene que tomar decisiones importantes después de recibir atención postabortion. Para tomar decisiones sobre su salud y su fertilidad, la fertilidad se restablece rápidamente: en un plazo de 2 semanas después de un aborto en el primer trimestre y en un plazo de 4 semanas en el segundo trimestre. Por tanto, la mujer necesita protegerse para evitar un embarazo casi de inmediato tiene que saber lo siguiente:

- ✓ Posterior al aborto la mujer puede elegir entre muchos métodos de planificación familiar e iniciar inmediatamente su uso.
- ✓ También la mujer puede esperar antes de elegir un anticonceptivo para uso continuo, pero debe considerar la posibilidad de usar un método de respaldo. Los métodos de respaldo incluyen los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido) o la abstinencia. Puede utilizar espermicidas si no presenta ninguna lesión vaginal o cervicouterina. Pero informe a la Mujer que los espermicidas y el coito interrumpido son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Siempre proporcionele preservativos e información suficiente.
- ✓ Si la mujer decide no utilizar anticonceptivos, se debe ofrecer información sobre los métodos disponibles y dónde obtenerlos. Además, puede ofrecer preservativos, anticonceptivos orales y también píldoras anticonceptivas de emergencia para que las mujeres se los lleven a casa y los utilicen posteriormente.
- ✓ Para evitar la infección, la mujer no debe tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado, aproximadamente 5-7 días. Si está recibiendo tratamiento para una infección o una lesión vaginal o cervicouterina, debe esperar a que se hayan curado por completo antes de tener nuevamente relaciones sexuales.

- ✓ Si quiere quedarse embarazada pronto nuevamente, alíentela a que espere. Esperar un mínimo de 6 meses puede reducir la probabilidad de nacimiento de niños con bajo peso al nacer, parto prematuro y anemia materna.
- ✓ Una mujer que recibe atención postabortion puede precisar otros servicios de salud reproductiva. En particular, el proveedor puede ayudar a que la mujer considere si pudo haber estado expuesta a ITS.

a) Dispositivo intrauterino

Puede insertarse inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre sin complicaciones. El riesgo de complicaciones siguientes a la inserción post aborto (perforación, sangrado e infección) no es mayor que la relacionada al DIU cuando se coloca post parto, siempre y cuando no se haya encontrado infección del cérvix o de la cavidad uterina, y el útero se haya evacuado totalmente. Las tasas de expulsión son menores en la inserción post aborto que en el post parto. En el caso de aborto séptico, está contraindicada la colocación inmediata post evacuación (Categoría 4 de la OMS).

b) Anticonceptivos hormonales combinados

Los anticonceptivos orales combinados pueden comenzarse el mismo día de la evacuación uterina o al día siguiente. Esto es válido tanto para el aborto en el primer o segundo trimestre. En el caso de los inyectables, la primera aplicación puede realizarse de forma inmediata (primer o segundo día post evacuación uterina).

c) Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos

Los anticonceptivos Orales solo de progestágenos pueden comenzarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre. En el caso de la AMPD (inyectable trimestral), la aplicación inicial puede realizarse de manera inmediata (primer o segundo día post evacuación uterina). Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

d) Esterilización quirúrgica femenina (Salpingoclásia u oclusión tubárica bilateral)

La esterilización femenina debe decidirse por adelantado y no mientras la mujer se encuentra sedada, sometida a una situación de estrés o dolorida. Asesore cuidadosamente y asegúrese de mencionar los métodos anticonceptivos reversibles disponibles.

- e) Implante:** Debe comenzarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.
- f) Preservativos:** Su uso es sin ninguna restricción y debe ser simultaneo al inicio de las relaciones sexuales post aborto.
- g) Diafragmas y capuchones cervicales:** Comenzar inmediatamente su utilización luego de un aborto de primer trimestre. En abortos del segundo trimestre sin complicaciones se aconseja esperar aproximadamente seis semanas hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

- h) **Espemicidas:** Comenzar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales.
- i) **Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer:** La mujer puede comenzar a utilizar métodos basados en los síntomas cuando ya no tenga secreciones relacionadas con la infección ni sangrado debido a lesiones del aparato genital. Puede comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en la próxima menstruación, si no presenta sangrado debido a una lesión del aparato genital.

7. Mujeres perimenopausicas

La **perimenopausia** es un período de transición entre los ciclos menstruales ovulatorios normales y el cese de la ovulación y la menstruación, producido por la pérdida de la función ovárica. Ni el comienzo ni la finalización de este período están bien definidos.

La **menopausia** en la mayoría de las mujeres esto ocurre entre los 45 y 55 años. Los embarazos después de los 40 años tienen mayor riesgo de complicación para la mujer y su hijo/a, por ejemplo: abortos espontáneos, hemorragias ante y posparto, hipertensión, diabetes, mayor número de malformaciones, mayor número de cesáreas, y otros.

Para prevenir el embarazo hasta que esté claro que una mujer mayor ya no es fértil, puede utilizar cualquier método si no tiene ninguna afección que limite su uso. La edad no representa en sí misma una limitación para que la mujer use cualquier método anticonceptivo. Si la paridad es satisfecha aconsejar sobre métodos de

Aunque la fertilidad disminuye con los años, las mujeres sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.

Pese a que ningún MAC está contraindicado para esta etapa de transición, la edad es un indicador de riesgo aumentado para desarrollar algunas patologías que podrían condicionar la elección del método. El equipo de salud debe habilitar el acceso a consultas de seguimiento de la mujer en esta etapa de la vida, por si se verifica algún cambio en las condiciones de salud que pueda condicionar la continuidad del método. Ver ilustración 2. Recomendación de un Método Anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona según los CME.

a) **Métodos anticonceptivos hormonales combinados (orales, inyectables, parches, anillos vaginales)**

En la perimenopausia el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC): podría ayudar en el mantenimiento de la densidad mineral ósea a regularizar los ciclos y disminuir el sangrado y el dolor menstrual. Además, puede disminuir los síntomas vasomotores con regímenes extendidos (se utilizan de manera continua, sin intervalos libres, por lapsos de 3 a 6 meses). Con relación al Cáncer de ovario y endometrio: provee un efecto protector contra estos canceres, que continua por más de quince años luego de su discontinuación.

También disminuye la incidencia de quistes de ovario y la incidencia de patología mamaria benigna en mujeres \geq de 40 años y en ausencia de otra condición clínica adversa, los AHC pueden utilizarse hasta la menopausia (Categoría 2 de los CME). En

estos casos, cuando se prescriben AHC, la primera opción en anticonceptivos orales es aquella que contenga la menor dosis de estrógeno que provea un adecuado control del ciclo.

Consideraciones especiales

- Las mujeres de 35 años o mayores que fuman independientemente de cuánto fumen no deben usar AOC, el parche o el anillo vaginal combinado.
- Las mujeres fumadoras de 35 años de edad o mayores que consumen 15 o más cigarrillos por día no deben utilizar los inyectables mensuales.
- Las mujeres de 35 años o mayores no deben usar AOC, inyectables mensuales, parches combinados o el anillo vaginal combinado si tienen cefaleas migrañas (tanto con aura migrañosa como sin ella).

b) Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno (píldoras inyectables, implantes de progestágeno)

Son una buena opción para las mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con estrógenos. El uso del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) reduce levemente la densidad mineral ósea. Esto puede aumentar el riesgo de presentar osteoporosis y posiblemente de tener fracturas óseas más adelante, después de la menopausia. La OMS ha llegado a la conclusión de que esta disminución de la densidad mineral ósea no establece límites de edad o de tiempo para el uso del AMPD.

c) Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), también conocida como Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)

Las pueden utilizar mujeres de cualquier edad, incluso las que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales de manera continua.

No existe ninguna restricción en el uso de la AHE/AOE en relación a la edad y puede ser utilizada incluso por aquellas mujeres que tienen contraindicada la anticoncepción hormonal de manera continua.

d) Esterilización femenina y vasectomía

Es un procedimiento quirúrgico que proporciona protección de por vida, permanente y muy efectiva frente al embarazo. Generalmente es irreversible y no tiene efectos secundarios. Los dos enfoques quirúrgicos más utilizados son:

- La mini laparotomía, que supone hacer una pequeña incisión en el abdomen. Las trompas de Falopio se llevan hacia la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
- La laparoscopia, que implica insertar en el abdomen, mediante una incisión pequeña, un tubo largo y delgado que contiene lentes, el laparoscopio; este instrumento permite que el médico alcance y bloquee o corte las trompas de Falopio en el abdomen

e) Preservativos masculinos y femeninos, diafragmas, espermicidas, capuchones cervicouterinos y coito interrumpido

Protegen bien a las mujeres mayores, dada la menor fertilidad de la mujer en los años que preceden a la menopausia. Son asequibles y prácticos para las mujeres que no tienen relaciones sexuales a menudo.

f) Dispositivos intrauterinos (DIU de cobre y DIU-LNG)

Las tasas de expulsión descienden a medida que las mujeres se hacen mayores; las tasas más bajas corresponden a las mujeres mayores de 40 años. y La inserción puede resultar más difícil debido a la menor elasticidad del conducto cervicouterino.

g) Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

La frecuencia de ciclos irregulares y anovulatorios, hace dudosa la interpretación del moco cervical y dificulta la aplicación de MBCF de manera segura durante la perimenopausia.

8. Hombres.

Los hombres desde la adolescencia demandan cada vez más métodos anticonceptivos efectivos y reversibles, que les permiten controlar su fertilidad. Por otro lado, las mujeres cada vez tienen más confianza en los hombres y buscan compartir con ellos la responsabilidad de la planificación familiar. La reducida oferta de métodos para hombres contribuye a desestimar su participación en los servicios de salud reproductiva. La disponibilidad de métodos anticonceptivos para hombres se reduce a tres; dos de ellos, el condón y el coito interrumpido, son de muy baja efectividad en el uso habitual; el tercero, la vasectomía, tiene alta eficacia, pero es difícil de revertir, de manera que su uso preferente es para una esterilización permanente.

Los hombres utilizan importantes métodos de planificación familiar: los preservativos masculinos y la vasectomía. Por otra parte, también tienen sus propias necesidades e inquietudes respecto a la salud sexual y reproductiva—en particular con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS)—, que merecen la atención del sistema y de los proveedores de atención de salud. Algunos de los servicios importantes que los hombres buscan son:

- Preservativos masculinos y servicios de vasectomía;
- Información y asesoramiento acerca de otros métodos anticonceptivos, en particular métodos en los que es imprescindible la cooperación masculina hacia su pareja, como los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
- Asesoramiento y ayuda sobre problemas sexuales
- Asesoramiento, de pruebas de detección y tratamiento de las ITS y la infección por el VIH
- Asesoramiento sobre la infertilidad
- Tamizaje del cáncer de pene, testículos y próstata. Al igual que las mujeres, los hombres de todas las edades, estén casados o no, tienen sus propias necesidades de salud sexual y reproductiva. Merecen recibir servicios de buena calidad, así como asesoramiento de apoyo, respetuoso y sin prejuicios desde la primera visita al establecimiento de salud.

9. Personas con discapacidad (Hesperian Health Guides, s.f.)

Persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual o sensorial, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su derecho a la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La prestación de servicios de anticoncepción a las personas con discapacidad tal vez requiera decisiones con respecto al método anticonceptivo adecuado según las preferencias de la persona, la naturaleza de la discapacidad y las características específicas del método.

Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede resultar difícil para personas con destreza manual reducida; los anticonceptivos orales combinados tal vez no sean un método adecuado para mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aun en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (TVP); y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos.

a) **Dispositivo intrauterino (DIU).**

Los métodos a largo plazo son preferibles tanto para las personas con discapacidad como sus cuidadores, son seguros para las mujeres y de larga duración. Generalmente, si el DIU se sale o si causa una infección u otros problemas, las mujeres lo notan porque sienten dolor, debe recibir asesoramiento y tratamiento, la Mujer puede solicitar cambio de método, asegúrese de que un trabajador de salud con experiencia la pueda examinar regularmente a la mujer.

- b) **Métodos de barrera:** Condón para el hombre, condón para la mujer, diafragma, capuchón cervical, esponja, espermicida. Tal vez la mujer necesite ayuda para usar los métodos que se colocan en la vagina, debe valorarse su pertinencia o el hombre para colocarse el condón en el pene
- c) **Métodos hormonales:** Pastillas, inyecciones, implantes, SIU (Sistema de liberación Intrauterino). Está bien que use métodos hormonales con estrógeno si hace actividades físicas todos los días (por ejemplo, si empuja su propia silla de ruedas o su carrito, o si hace ejercicios o quehaceres como atender las plantas en su jardín u otra actividad física).

No debe usar métodos hormonales con estrógeno si:

- ✓ Pasa todo el día sentada o no hace nada de ejercicio
- ✓ Alguna vez tuvo un coágulo de sangre (émbolo) en cualquier parte del cuerpo
- ✓ Tuvo signos de un ataque cerebral o de una enfermedad del corazón.
- ✓ Tiene cáncer de cualquier tipo.
- ✓ Tiene más de 35 años de edad.
- ✓ Fuma cigarrillos o masca tabaco

d) **Un método anticonceptivo definitivo:**

La esterilización femenina o masculina es un método de anticoncepción permanente para mujeres u hombres que no desean tener más hijos. También es conocida como esterilización tubárica, ligadura de trompas, salpingectomía en mujeres o vasectomía en los hombres. (Anexo 1. CME).

En el caso de una persona con discapacidad intelectual que no sea capaz de comunicar claramente sus preferencias, los cuidadores o alguien en quien confíe debe participar y ayudar a tomar una decisión informada que sea lo más congruente posible con las preferencias persona. En particular, en lo que respecta a la elección de la esterilización,

los sistemas de atención de salud deben garantizar la disponibilidad de un proceso de toma de decisiones asistida.

Tomar en cuenta las siguientes observaciones

- Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades y los mismos derechos en materia de la salud sexual y reproductiva que las personas sin discapacidad, pero a menudo no se les proporciona información sobre la salud sexual y reproductiva o la atención adecuada y son más vulnerables al abuso sexual y el trato excluyente en sus derechos humanos.
- Tienen un riesgo elevado de contraer la infección por el VIH y otras ITS. Muchas han sido esterilizadas contra su voluntad, obligadas a abortar o a contraer matrimonios no deseados, y muchas han sufrido violencia de género, incluyendo violencia sexual. Los programas de atención de salud, deben atenerse a los artículos pertinentes de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, especialmente los artículos relativos a la salud, la vida familiar y los derechos legales. Por tanto, los establecimientos deben ser físicamente accesibles, por ejemplo, con rampas para sillas de ruedas y baños grandes con barras de sujeción. Los materiales impresos deben tener gráficos sencillos y letra grande.

Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad, con acceso a los servicios de Planificación Familiar en condiciones de igualdad, sin discriminación, recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia (Enfoques y principios de Derechos Humanos en PF. Normativa 002).

10. Anticoncepción en Personas con VIH

Las personas con ITS y las personas con infección por el VIH, tanto si están tomando tratamiento ARV como si no, pueden comenzar o seguir utilizando con seguridad la mayoría de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, existen unas pocas limitaciones, tal como muestra el cuadro siguiente.

Método	Tiene ITS	Tiene VIH
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre o SIU-LNG)	<p>No coloque un DIU a una mujer con un riesgo individual muy alto de gonorrea y clamidiasis, o que actualmente tenga una gonorrea, una clamidiasis, una cervicitis purulenta o una enfermedad inflamatoria pélvica. Debe recomendar protección dual.</p> <p>Una mujer con uso actual del DIU que contraiga una gonorrea o una clamidiasis o que presente una enfermedad inflamatoria pélvica puede seguir usando con seguridad el DIU durante el tratamiento y después del mismo.). Siempre es recomendable la protección dual.</p>	<p>Aun si el VIH es asintomática, incluidas las que siguen tratamiento ARV, se les puede insertar un DIU. No se debe insertar un DIU a las mujeres que VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 según la clasificación de la OMS).</p> <p>Si una mujer está usando DIU y contrae la infección por el VIH o si padecía una enfermedad clínica que se vuelve grave o avanzada (estadios 3 o 4 según la clasificación de la OMS), puede seguir usando el DIU con seguridad). Si una mujer está usando un DIU, puede mantenerlo insertado cuando comience el tratamiento ARV</p>

Esterilización femenina	Si la mujer tiene gonorrea, clamidiasis, cervicitis purulenta o una enfermedad inflamatoria pélvica postergue la esterilización hasta que se haya tratado y curado la afección	Las mujeres con infección por el VIH, incluidas las que toman ARV, pueden someterse con seguridad a la esterilización femenina. Quizá sea necesario retrasar el procedimiento si la mujer tiene actualmente una enfermedad relacionada con el VIH
Vasectomía	Si el usuario tiene una infección cutánea escrotal, una ITS activa, o hinchazón o dolor en la punta del pene, los conductos espermáticos o los testículos, postergue la esterilización hasta que se trate y cure la afección.	Los hombres con infección por el VIH, incluidos los que siguen tratamiento ARV, pueden someterse con seguridad a la vasectomía. Quizá sea necesario retrasar el procedimiento si el hombre tiene actualmente una enfermedad relacionada con el VIH.
Espermicidas	Se pueden utilizar espermicidas con seguridad.(incluso si se usan con un diafragma o un capuchón Cervicouterino)	No debe utilizar espermicidas si está en alto riesgo de contraer la infección por el VIH. No se deben usar espermicidas si la mujer tiene una infección por el VIH
AOC, inyectables mensuales, parche combinado y anillo vaginal combinado	Puede utilizar métodos hormonales combinados con seguridad	Puede usar los métodos hormonales combinados con seguridad.
Píldoras, inyectables e implantes de progestágeno solo	Puede utilizar con seguridad métodos anticonceptivos de progestágeno solo.	Puede usar con seguridad métodos anticonceptivos de progestágeno solo.

(USAID/OPS/ John HopKing, 2019)

11. Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE), o anticoncepción poscoital, hace referencia a métodos anticonceptivos que pueden usarse para evitar el embarazo en los primeros días después del coito.

También se utiliza en caso de emergencia después de tener relaciones sexuales sin protección, tras la falla o el uso incorrecto de un anticonceptivo (por ejemplo, olvidarse de tomar una píldora o un preservativo que se rompe). Ante circunstancias de violencia sexual: después que una mujer ha sufrido una violación o ser forzada a tener relaciones sexuales, se debe atender según la ruta de atención ante caso de violencia Normativa 031 “Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual, Vigente”.

Se ofrece recomendaciones sobre cuatro métodos de AE: el dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu) para AE y tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): con acetato de ulipristal (PAE-AUP), con levonorgestrel solo (PAE-LNG) y combinadas con estrógeno y progestágeno (PAE combinadas, método Yuzpe) (OPS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera Edición, 2018)

La AE no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos (o protección dual) Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se

encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos

Esquema de administración de los métodos anticonceptivos

- DIU-Cu puede insertarse hasta 120 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.
- PAE-AUP (Píldoras anticonceptivas de emergencia con acetato de ulipristal): Dosis única: 1 comprimido de 30 mg Las PAE-AUP pueden ser más eficaces entre las 72 horas y las 120 horas después del coito sin protección que otras PAE
- PAE-LNG: Dosis única (esquema preferido para el LNG): 1,50 mg (2 comprimidos de 0,75 mg o un solo comprimido de 1.5 mg). Dosis dividida: 1 dosis de 0,75 mg seguida de una segunda dosis de 0,75 mg 12 horas después (menos preferido).
- Idealmente, las PAE-AUP, las PAE-LNG o las PAE combinadas deben tomarse lo antes posible después del coito sin protección, en un plazo de 120 horas (5 días). Sin embargo, se le debe informar a la mujer que la eficacia de las PAE se reduce cuanto más se prolongue el intervalo entre el coito sin protección y la toma de las PAE. ([OPS, Anticoncepcion de Emergencia segun criterios medicos de elegibilidad. 5ta.Edicion , 2015](#)).
- Se le puede proporcionar un suministro anticipado de PAE a una mujer para asegurarse de que las tenga a disposición cuando las necesite y de que pueda tomarlas lo ante posible tras el coito sin protección

Otras formas de lograr anticoncepción de emergencia: Método Yuzpe

Si no se cuenta con la anticoncepción hormonal de emergencia o con la cantidad necesaria de Mini píldoras para realizarla, se puede recurrir al Método Yuzpe, que consiste en tomar pastillas anticonceptivas combinadas en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Reinicio de la anticoncepción regular después de usar la anticoncepción de emergencia

Anticonceptivo oral combinado que contenga:	Dosis
30 µg <i>etinilestradiol</i> (0,03 mg)	4 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 8 comprimidos
20 µg <i>etinilestradiol</i> (0,02 mg)	5 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 10 comprimidos
15 µg <i>etinilestradiol</i> (0,015 mg)	7 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 14 comprimidos

Tras la administración de PAE-LNG o PAE combinadas, una mujer puede reanudar el uso de su anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido un DIU-Cu.

Puede comenzar a tomar o reanudar la toma de AOC el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal.

Si desea empezar a usar un DIU-LNG, se le puede colocar en cualquier momento, posterior a la consejería y si se tiene certeza razonable que no está embarazada.

Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar un método anterior, puede empezar a tomar anticonceptivos hormonales combinados (AOCs, parche, AVC o anticonceptivos inyectables) o anticonceptivos con progestágeno solo (AOPS, anticonceptivos inyectables con AMPD o EN-NET o implantes) en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada.

Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar un DIU, se le puede colocar en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar un DIU en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.

B. Anticoncepción en situación de crisis sanitaria

Los servicios de Planificación Familiar son servicios esenciales en los contextos de emergencias o crisis sanitarias, por lo que se debe garantizar su continuidad. Es posible que, durante el período de la emergencia sanitaria o situaciones inusuales, exista un aumento en la demanda de anticoncepción de emergencia. Dicho aumento, combinado con los problemas de abastecimiento que pueden presentarse durante este período, significa que, en algunos períodos, los servicios podrían no disponer de las PAE de levonorgestrel. En esos casos, los proveedores deben entregar 8 píldoras orales combinadas (30 mcg EE/150 mcg LNG (Microgynon)) para tomar en dos dosis de 4 comprimidos cada 12 horas (método de Yuzpe). Las primeras 4 píldoras deben ser tomadas inmediatamente después de recibirlas, y las otras 4, doce horas después.

- Los servicios deben garantizar la entrega de todo MAC disponible en las modalidades de entrega intra y extra institucional y en especial: la entrega de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) se realice de manera inmediata, certificándose que la toma de la primera dosis se realice dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección, preferiblemente lo más pronto posible después de la relación sexual sin protección.
- La PAE se debe entregar, aunque la persona no tenga receta o no haya consultado a un médico, partera o enfermera. Por ello, es necesario establecer puntos alternativos de entrega e informar a las personas que las PAE son más efectivas cuanto antes se tomen, siempre dentro de los 5 días posteriores a la relación desprotegida. Incluso en aquellos casos en los que el acceso a las farmacias para la adquisición de la PAE no haya sufrido modificaciones durante este período de confinamiento, hay que tener en cuenta que la situación económica de la población es precaria, por lo que debemos insistir en garantizar la entrega gratuita sin mayores trámites administrativos, además de facilitar el inicio de la anticoncepción regular tras el uso de la PAE, sobre todo en el caso de mujeres en situación de vulnerabilidad y adolescentes.
- Si hay tecnología disponible, durante el período de emergencia sanitaria se fortalezcan los servicios de consulta sea en línea (telefónica, por video llamada o por medio de cualquier otra tecnología disponible) que permitan conocer el motivo de la consulta (inicio de anticoncepción, cambio de método, recambio de método por caducidad o por falta de este, efectos secundarios con método actual, etc.).

X. Definición por nivel de atención

Nivel Central: La principal responsabilidad de este equipo es asegurar los insumos (métodos de anticoncepción) y coordinar las acciones necesarias para la implementación y el seguimiento de la normativa 002 a nivel nacional, lo que será reflejado en los Planes Operativos respectivos. Desde la DGSS con su oficina de Atención Integral a la Mujer se solicitará a los SILAIS, que envíen información relacionada a los indicados y de los procesos de implementación de los diferentes instrumentos.

Nivel SILAIS. Su función garantizar la aplicación de la norma y su protocolo en los establecimientos en su territorio. Supervisar periódicamente la implementación de la normativa en los municipios y el según nivel de atención; revisar los informes provenientes de los establecimientos consolidarlos para retroalimentación gerencial y enviarlos al nivel central.

Nivel Municipal: Tiene la responsabilidad de organizar los servicios para garantizar el acceso de hombres y mujeres a los servicios de planificación familiar; planifica anualmente las actividades relacionadas con las metas y los insumos para la dispensación de los métodos anticonceptivos en los establecimientos y para la ECMAC. A la vez debe implementar un Plan de capacitación de todos los recursos involucrados en la atención de Planificación familiar. Supervisa periódicamente el desarrollo de las actividades y prepara los informes sobre el alcance de los indicadores.

Nivel Puesto de Salud familiar y comunitario y el ESAFC o GISI del sector, es el primer contacto de la comunidad con el MINSA y es el nivel que garantiza el acceso de las personas a los servicios de planificación familiar. A este nivel se puede identificar: al médico y al auxiliar de enfermería, como personal de primera línea en la implementación de la normativa, coordinando con la red comunitaria acciones de ECMAC:

XI. Educación, Promoción y Prevención.

Los responsables de Docencia del SILAIS y Municipios deben brindar educación continua al personal de salud para actualizar los conocimientos sobre la normativa 002.

Los establecimientos hospitalarios deben aprovechar la atención de todo evento obstétrico para brindar consejería y promover la planificación familiar a las personas, divulgar las buenas prácticas en PF y retroalimentar el primer nivel de atención acerca de la tecnología anticonceptiva en los servicios hospitalarios.

El ESAFC con el apoyo de la persona que atiende las estrategias comunitarias o docencia del municipio de salud brindará apoyo y acompañamiento capacitación a los miembros de la Red Comunitaria sobre la importancia de la Planificación Familiar y promover el uso de los mismos en la comunidad por medio de la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos ECMAC. Se realizarán alianzas con padres, tutores y maestros para promover los servicios integrales de salud sexual y reproductiva para las personas adolescentes, con limitaciones, discapacidades y otras necesidades.

Con el apoyo de los ESAFC deben establecer la coordinación con las escuelas para brindar información, charlas educativas, consejerías y otras actividades informativas a maestros y estudiantes, haciendo énfasis en el retardo en el inicio de vida sexual activa y

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

los derechos de niños adolescentes. Aprovechando los temas de educación integral en sexualidad (EIS) para adolescentes (Norma para la organización de servicios de salud para adolescentes).

XII. Bibliografía

- CEPAL. (Agosto de 2013). https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/S20131037_es.pdf.
- ENDESA 2012. (2012). ENDESA 2011/12. INIDE. Nicaragua. Managua: Managua.
- FDA. (20 de Noviembre de 2020). *Guia de Metodos Anticonceptivos*. Obtenido de <http://www.fda.gov/birthcontrol>
- Guttmacher Institute. y UNFPA. (2017). *Reporte publicado por el Guttmacher Institute* . UNFPA.
- Hesperian Health Guides*. (s.f.). Obtenido de [https://es.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Anticonceptos_en_emergencia_\(la_%E2%80%98p%C3%ADdora_del_d%C3%ADA_siguiente%E2%80%99\)](https://es.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Anticonceptos_en_emergencia_(la_%E2%80%98p%C3%ADdora_del_d%C3%ADA_siguiente%E2%80%99)).
- HIP. (2017). *Planificacion familiar inmediatamente post parto*. Obtenido de <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs>.
- Hopkins, OPS/USAID/John. (s.f.). *Planificacion Mundial. Un manual mundial para proveedores* 2019.
- ICPD. (2019). Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa.
- IPAS Mexico. (2015). Obtenido de https://ipasmexico.org/biblioteca/anticoncepcion/PDF_OMS_Cartera.pdf
- Mexico, M. d. (2010). Obtenido de Fuente: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- MINSA . (2015). *Norma y Protocolo de Planificación familiar* . Managua.
- MINSA . (2019). *Manual Tecnico Operativo para la Entrega Comunitaria de metodos anticonceptivos ECMAC, Tercer Edicion*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2020). *Datos Estimaciones de poblacion segun INIDE* . Managua: MINSA.
- MINSA. (2020). *Normativa 011, Tercera Edicion*. Managua: MINSA.
- MINSA Nicaragua. (2019). *Normativa 095. Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes*. Managua: MINSA .
- OMS. (2015). *Criterios Medicos de Eligibilidad para el uso de metodo anticonceptivos. 5ta.Edicion*.
- OMS. (2015). La cumbre de desarrollo sostenible 2015. Objetivos de Desarrollo Sostenible . OMS.
- OMS -OPS, USAID, Universidad Johns Hopkins. (2019). *Planificacion Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores* . WDC.

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- OMS Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. (2018. Tercera Edicion). *Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.* OMS.
- OMS-USAID-Johns Hopkins. (2019). *Planificacion familiar Un Manual Mundial para Proveedores. Tercera edición.* OMS.
- OPS. (2015). *Anticoncepcion de Emergencia segun criterios medicos de elegibilidad. 5ta.Edicion .*
- OPS. (2018). *Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera Edicion.*
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2013). *Definitions of infertility and recurrent pregnancy los: a committee opinion. Fertil Steril" 2013;99:63.*
- Santiso Galvez Roberto MD. Ward Victoria M, M. B. (Julio de 2015). <https://nicasalud.org.ni/wp-content/uploads/2016/07/USAID-MEASURE-EVALUATION-2015-PLANIFICACION-FAMILIAR-EN-NICARAGUA-LOGROS-DE-50-A.pdf>. Obtenido de Measure Evaluation -USAID.
- UNFPA. (2019). *Situacion de las uniones a temprana edad en Nicaragua. (pagina 31).* Managua: UNFPA.
- UNFPA. (2020). *Atencion en salud Sexual y reproductiva y Planificacion familiar durante la emergencia sanitaria por el COVID(resumen interino).* UNFPA.
- UNFPA. (2020). *Atención en salud Sexual y reproductiva y planificación familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 . Resumen técnico Interino del UNFPA del mes de abril 2020.* UNFPA.
- USAID. (2015). *Thinking outside the separate space:A decision-making tool for designing youth-friendly services.* WDC.
- USAID/OPS/ John HopKing. (2019). *Planificacion Familiar. Un manual mundial para proveedores. Edicion 2019. Pag 3387339.*

XIII. Anexos

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ilustración 2. Recomendación de un Método Anticonceptivo según ciclo de vida o necesidad de la persona según los CME.

Anticoncepción según Grupo de Población y necesidad	Anticonceptivos Hormonales Combinados(Estrógenos más Progestina)				Hormonales Progesterina Solos				Dispositivos Intrauterinos (DIU)		Métodos de Barrera				Métodos basados en el conocimiento de la Fertilidad		Métodos Irreversibles (Anticoncepción)		Métodos Naturales		
	Orales: AOC	Parche: PAC	Anillo Vaginal: AVC	Inyectables combinados: AIC	Orales: AOPS	Acetato de medroxiprogesterona a depósito, IM: AMPD	Enantato de noretisterona IM: EN-NET	Implantes subdérmicos de levonorgestrel: LNG o Etonogestrel ETG	DIU de cobre: DIU-Cu	DIU de levonorgestrel: DIU LNG	Condones masculinos: C	Condones femeninos	Espermicida: E	Diaphragma, capuchón cervical: D	Basados en síntomas: SINT	Basados en calendario: CAL	Salpingooclásia	Vasectomía	Retiro (coito interrumpido)	Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)	
Adolescente	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	P	P	1	1
MEF < de 40 años	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	A	1	1
MEF > de 40 años	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	A	1	1
APEO: Anticoncepción pos evento obstétrico	4	4	4	4	2	3	3	2	1	1	1	1	1			4	4	A	A	4	1
Post parto lactando menos de 6 semanas	4	4	4	4	2	3	3	2	b	b	1	1	1	1				A	A	1	1
Post parto lactando 6 semanas a 6 meses	3	3	3	3	1	1	1	1	b	b	1	1	1	1				A	A	1	1
Post parto lactando > 6 meses	2	2	2	2	1	1	1							1				A	A	1	1
Post parto no lactancia < de 21 días	3	3	3	3	1	1	1	1	b	b	1	1	1	1				A	A	1	
Post parto no lactancia de 21 a 42 días	2	2	2	2	1	1	1	1	b	b	1	1	1	1				A	A	1	
Post parto no lactancia > de 42 días	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	A	1	
Pos Aborto segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				A	A	1	
Pos Aborto primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1				A	A	1	
Hombres											1							A		1	
Discapacidad*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	A	1	1
Alto riesgo de infección por VIH	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4			A	A	1	
Enfermedad clínica por VIH asintomática o leve(Estadio 1 o 2 (OMS))	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3				A	A	1	
Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (Estadio 3 o 4 OMS)	2	1	1	2	1	1	1	1	2		1	1	3	3				E	E	1	
Disponibilidad en el MINSA	x		x		x				x		x						x	x			

* Las personas con discapacidad deben ser atendidas libre de discriminación, la toma de decisiones informadas, analizando aquellos casos que cursan con enfermedades crónicas.

CME: Esterilización quirúrgica y vasectomía: (A):No hay razón médica para negar el método a una persona con esta afección. (P)El método puede suministrarse en un entorno ordinario, pero con preparación y precauciones adicionales: (D)El uso del método debe demorarse hasta que se haya solucionado la afección. Deben suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos. E: El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de personal apto, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo.

CME Métodos temporales: 1:Use el método en cualquier circunstancia. 2:En general, use el método. 3:En general, no se recomienda el método, salvo que no se disponga de otros más apropiados o los disponibles no sean aceptables.4:No use el

Anexo 1: Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos



Afección o circunstancia	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
	Use el método	No use el método	Inicie el uso del método	Continúe el uso del método	Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método	No procede				
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS										
Embarazo	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	4	4	D
Edad	De la menarquía a <40 años			De la menarquía a <18 años				De la menarquía a <20 años		Joven
	I	I	I	I	2	I	—	2	2	P
	≥40 años			18 a 45 años				≥20 años		
	2	2	2	I	I	I	—	I	I	
				> 45						
				I	2	I	—			
Número de partos	I	I	I	I	I	I	—	2	2	A
Ha tenido uno o más partos	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Lactancia materna										
<6 semanas después del parto	4	4	4	2	3 ^a	2	I AUP=2	b	b	*
≥ 6 semanas a <6 meses después del parto (básicamente amamantando)	3	3	3	I	I	I	I AUP=2	b	b	A
≥ 6 meses después del parto	2	2	2	I	I	I	I AUP=2	b	b	A
Posparto (mujeres que no amamantan)										
<21 días	3	3	3	I	I	I	—	b	b	*
Con otros factores adicionales de riesgo de tromboembolia venosa	4	4	4							
21-42 días	2	2	2	I	I	I	—	b	b	
Con otros factores adicionales de riesgo de tromboembolia venosa	3	3	3							
>42 días	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Después de un aborto										
En el primer trimestre	I	I	I	I	I	I	—	I	I	*
En el segundo trimestre	I	I	I	I	I	I	—	2	2	
Inmediatamente después de un aborto séptico	I	I	I	I	I	I	—	4	4	

(Continuación)

* Para obtener información sobre otras afecciones o circunstancias vinculadas con las píldoras anticonceptivas de urgencia y la esterilización femenina, véase la p. 397.

^a En condiciones en que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este es uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles, puede hacerse accesible inmediatamente después del parto a las mujeres que amamantan a sus bebés.

^b Uso del DIU después del parto: En lo que respecta al DIU de cobre, la colocación en un plazo <48 horas entra en la categoría I. En cuanto al DIU-LNG, la colocación en un plazo <48 horas entra en la categoría 2 para las mujeres que están amamantando y en la categoría I para las mujeres que no están amamantando. Para todas las mujeres y ambos tipos de DIU, la colocación entre 48 horas y <4 semanas después del parto está en la categoría 3; si se hace 4 semanas después del parto, en la categoría I; y en caso de sepsis puerperal, en la categoría 4.

AUP: acetato de ulipristal

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

= Use el método
 = No use el método
 = Inicie el uso del método
 = Continúe el uso del método
 = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método
 NP = No procede

Afección o circunstancia

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Antecedentes de embarazo ectópico	I	I	I	2	I	I	I	I	I	A
Antecedentes de cirugía pélvica	I	I	I	I	I	I	—	I	I	P*

Tabaquismo

Edad <35 años	2	2	2	I	I	I	—	I	I	A
Edad ≥35 años										
<15 cigarrillos al día	3	2	3	I	I	I	—	I	I	A
≥15 cigarrillos al día	4	3	4	I	I	I	—	I	I	A

Obesidad

Índice de masa corporal 30 kg/m ²	2	2	2	I	I [†]	I	I	I	I	C
Medición de la tensión arterial no disponible	NP ^c	—	NP	NP	NP					

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial (mayor edad, tabaquismo, diabetes e hipertensión)	3/4 ^d	3/4 ^d	3/4 ^d	2	3	2	—	I	2	S
--	------------------	------------------	------------------	---	---	---	---	---	---	---

Hipertensión^e

Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la tensión arterial (incluida la hipertensión en el embarazo)	3	3	3	2 ^c	2 ^c	2 ^c	—	I	2	NP
Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la tensión arterial	3	3	3	I	2	I	—	I	I	P
Tensión arterial elevada (medida de la manera adecuada)										
Sistólica 140-159 mm Hg o diastólica 90-99 mm Hg	3	3	3	I	2	I	—	I	I	P ^f
Sistólica ≥ 160 mm Hg o diastólica ≥ 100 mm Hg ^g	4	4	4	2	3	2	—	I	2	E ^f

[†] De la menarquía a <18 años, un índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ entra en la categoría 2 para el AMPD y en la categoría I para el EN-NET.

^c En situaciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este es uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles, no se puede negar el acceso a este método simplemente porque no se pueda medir la tensión arterial.

^d Cuando hay varios factores de riesgo importantes, y cualquiera de ellos aumentaría considerablemente el riesgo de sufrir un trastorno cardiovascular, el uso de este método puede aumentar el riesgo de la mujer hasta un nivel inaceptable. Sin embargo, el objetivo no es simplemente agregar categorías para múltiples factores de riesgo. Por ejemplo, el hecho de que haya varios factores de la categoría 2 no justifica necesariamente una categoría mayor.

^e Suponiendo que no haya otros factores de riesgo relacionados con trastornos cardiovasculares. Una sola lectura de la tensión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

^f La hipertensión debe controlarse antes del procedimiento y vigilarse durante el mismo.

= Use el método
 = No use el método
I = Inicie el uso del método
C = Continúe el uso del método
 = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método
NP = No procede

Afección o circunstancia

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	—	I	2	E
Antecedentes de hipertensión en el embarazo (cuando la tensión arterial actual puede medirse y es normal)	2	2	2	I	I	I	—	I	I	A
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia pulmonar (EP)										
Antecedentes de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	I	2	A
TVP/EP aguda	4	4	4	3	3	3	*	I	3	D
TVP/EP y con tratamiento anticoagulante	4	4	4	2	2	2	*	I	2	E
Antecedentes familiares de TVP/EP (parientes de primer grado)	2	2	2	I	I	I	*	I	I	A
Cirugía mayor										
Con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	—	I	2	D
Sin inmovilización prolongada	2	2	2	I	I	I	—	I	I	A
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Mutaciones trombogénicas conocidas (p.ej., factor V de Leiden, mutación de la protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina) ^g	4	4	4	2	2	2	*	I	2	A
Trombosis venosa superficial										
Venas varicosas (várices)	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Trombosis venosa superficial	2	2	2	I	I	I	—	I	I	A
Cardiopatía isquémica				I C		I C			I C	
En curso	4	4	4	2 3	3	2 3	*	I	2 3	D P
Antecedentes	4	4	4	2 3	3	2 3	*	I	2	P
Accidente cerebrovascular (antecedentes de accidente cerebrovascular)^g	2	2	2	2	2	2	—	I	2	A

^g Esta afección o circunstancia puede hacer del embarazo un riesgo inaceptable para la salud. Se debe advertir a la mujer que los espermicidas, el retiro (coito interrumpido), los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el capuchón cervicouterino, el diafragma y el preservativo masculino o femenino quizá no sean la opción más apropiada, dado que las tasas de embarazo con estos métodos, tal como suelen utilizarse, son relativamente mayores.

(Continuación)

	Use el método	No use el método	Inicie el uso del método	Continúe el uso del método	Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método	NP = No procede	Afección o circunstancia	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Parche combinado Y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular^b																	
Sin complicaciones	2	2	2	1	1	1	—	1	1	1	1	1	—	1	1	1	P ⁱ
Complicada ^{f,g}	4	4	4	1	1	1	—	2 ⁱ	2 ⁱ	2 ⁱ	2 ⁱ	2 ⁱ	—	2 ⁱ	2 ⁱ	2 ⁱ	E ^k
Lupus eritematoso sistémico				I	C									I	C		
Presencia de anticuerpos antifosfolípidicos positivos (o se desconoce si los presenta)	4	4	4	3	3	3	3	—	1	1	1	1	3	—	1	1	E
Trombocitopenia grave	2	2	2	2	3	2	2	—	3	2	2	2	—	3	2	2	E
Tratamiento inmunodepresor	2	2	2	2	2	2	2	—	2	1	2	2	—	2	1	2	E
Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	2	2	—	1	1	1	1	2	—	1	1	P
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS																	
Cefaleas^j	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
No migrañas (leves o intensas)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	A
Migraña													2				
Sin aura	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
Edad <35 años	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A
Edad ≥35 años	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A
Con aura, a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	—	1	2	3	A
Epilepsia	^k	^k	^k	^k	^k	^k	^k	^k	^k	^k	^k	^k	—	1			P
TRASTORNOS DEPRESIVOS																	
Trastornos depresivos	^l	^l	^l	^l	^l	^l	^l	^l	^l	^l	^l	^l	—	1	^l	^l	P
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR																	
Patrones de sangrado vaginal														I	C		
Patrón irregular sin sangrado profuso	1	1	1	1	2	2	2	2	—	1	1	1	—	1	1	1	A
Sangrado profuso o prolongado (incluidos los patrones regulares e irregulares)	1	1	1	1	2	2	2	2	—	2	1	2	—	1	2	1	A
Sangrado vaginal sin causa aparente (sospecha de una afección grave), antes de la evaluación	2	2	2	2	2	3	3	3	—	I	C	I	C	4	2	4	D
Endometriosis	1	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	—	2	1	1	E
Tumores benignos de ovario (incluidos los quistes)	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	—	1	1	1	A
Dismenorrea grave	1	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	—	2	1	1	A

[‡] Hipertensión pulmonar; fibrilación auricular; antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda.

^b La detección sistemática no es adecuada, dado que la afección se presenta rara vez y las pruebas de detección tienen un costo alto.

Se recomienda administrar tratamiento antibiótico profiláctico antes de proporcionar el método.

1 Esta categoría es para mujeres sin ningún otro factor de riesgo de accidente cardiovascular.

^k Si toma anticonvulsivantes, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas, p. 396.

Ciertos medicamentos pueden interactuar con el método, reduciendo su efectividad.

= Use el método
 = No use el método
 = Inicie el uso del método
 = Continúe el uso del método
 = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método
 NP = No procede

Afección o circunstancia

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Enfermedad trofoblástica gestacional										
Concentraciones de β-hCG bajos o no detectables	I	I	I	I	I	I	—	3	3	A
Concentraciones de β-hCG persistentemente elevadas o enfermedad maligna ^g	I	I	I	I	I	I	—	4	4	D
Ectropión del cuello uterino	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC)	2	2	2	I	2	2	—	I	2	A
Cáncer cervicouterino	2	2	2	I	2	2	—	I C I C 4 2 4 2		D
Enfermedad mamaria										
Tumoración no diagnosticada	2	2	2	2	2	2	—	I	2	A
Enfermedad mamaria benigna	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Antecedentes familiares de cáncer	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Cáncer de mama										
En curso ^g	4	4	4	4	4	4	—	I	4	P
En el pasado, sin evidencia de enfermedad durante un mínimo de 5 años	3	3	3	3	3	3	—	I	3	A
Cáncer endometrial^g	I	I	I	I	I	I	—	I C I C 4 2 4 2		D
Cáncer de ovario ^g	I	I	I	I	I	I	—	3 2 3 2		D
Miomas uterinos										
Sin distorsión de la cavidad uterina	I	I	I	I	I	I	—	I	I	P
Con distorsión de la cavidad uterina	I	I	I	I	I	I	—	4	4	P
Anomalías anatómicas										
Distorsión de la cavidad uterina	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
Otras anomalías que no distorsionan la cavidad uterina ni interfieren en la inserción del DIU (como estenosis o laceraciones del cuello uterino)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)										
Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (se supone que no hay factores de riesgo actuales de ITS)								I C I C		
Con embarazo ulterior	I	I	I	I	I	I	—	I I I I		A

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	<input type="checkbox"/> = Use el método	<input checked="" type="checkbox"/> = No use el método	I = Inicie el uso del método	C = Continúe el uso del método	<input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método	NP = No procede	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina**	
Afección o circunstancia																	
Sin embarazo ulterior	I	I	I	I	I	—							2	2	2	P	
EIP actual	I	I	I	I	I	—							4	2 ^m	4	2 ^m	D
Infecciones de transmisión sexual (ITS)^g													I	C	I	C	
Cervicitis purulenta, clamidiasis o gonorrea actual	I	I	I	I	I	I							4	2	4	2	D
Otras ITS (salvo la infección por el VIH y la hepatitis)	I	I	I	I	I	I							2	2	2	2	A
Vaginitis (incluidas la infección por <i>Trichomonas vaginalis</i> y la vaginosis bacteriana)	I	I	I	I	I	I							2	2	2	2	A
Aumento del riesgo de ITS	I	I	I	I	I	I							2 ⁿ	2	2 ⁿ	2	A
Infección por el VIH/sida^g													I	C	I	C	
Riesgo alto de infección por el VIH	I	I	I	I	I	2	I	—					2	2	2	2	A
Enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS)	I	I	I	I	I	I	I	—					2	2	2	2	A
Enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS)	I	I	I	I	I	I	I	—					3	2	3	2	E ^o
Tratamiento antirretroviral																	
Tratamiento con inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI)**	I	I	I	I	I	I	I	—					2 ^p	2	2 ^p	2	—
Tratamiento con inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INNTI)																	
Efavirenz (EFV) o nevirapina (NVP)	2	2	2	2	AMPD I EN-NET 2	2	—						2 ^p	2	2 ^p	2	—
Etravirina (ETR) o rilpivirina (RPV)	I	I	I	I	I	I	I	—					2 ^p	2	2 ^p	2	—
Tratamiento con inhibidores de la proteasa (IP) ^{††}	2	2	2	2	AMPD I EN-NET 2	2	—						2 ^p	2	2 ^p	2	—

^{††} Entre los IP se encuentran el atazanavir potenciado con ritonavir (ATV/r), el lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r), el darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r) y el ritonavir (RTV).

^{**} Entre los INTI se encuentran el abacavir (ABC), el tenofovir (TDF), la zidovudina (AZT), la lamivudina (3TC), la didanosina (DDI), la emtricitabina (FTC) y la estavudina (D4T).

^m Trate la EIP usando antibióticos apropiados. En general no hay necesidad de extraer el DIU si la paciente quiere seguir usándolo.

ⁿ La afección o circunstancia es de categoría 3 si la mujer tiene una probabilidad individual muy alta de ITS.

^o Puede ser necesario posergar el procedimiento si existe una enfermedad relacionada con el sida.

^p La afección o circunstancia es de categoría 2 para la inserción de DIU en caso de enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) y de categoría 3 en el caso de la enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS).

= Use el método
 = No use el método
 = Inicie el uso del método
 = Continúe el uso del método
 = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método
 NP = No procede

Afección o circunstancia

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Pildoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Pildoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Tratamiento con inhibidores de la integrasa (raltegravir [RAL])	I	I	I	I	I	I	—	$\frac{2}{3}$ P	$\frac{2}{3}$ P	—

OTRAS INFECCIONES**Esquistosomiasis**

Sin complicaciones	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Fibrosis hepática (si es grave, véase cirrosis, en la página siguiente) ^g	I	I	I	I	I	I	—	I	I	P

Tuberculosis^g

No pélvica	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Pélvica conocida	I	I	I	I	I	I	—	4	3	E
Malaria	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A

TRASTORNOS ENDOCRINOS**Diabetes**

Antecedentes de diabetes gestacional	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A ^q
Diabetes no vascular										
No insulinodependiente	2	2	2	2	2	2	—	I	2	P ^{i,q}
Insulinodependiente ^g	2	2	2	2	2	2	—	I	2	P ^{i,q}
Con daño en riñones, ojos o nervios ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	I	2	E
Otro trastorno vascular o diabetes de >20 años de duración ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	I	2	E

Trastornos tiroideos

Bocio simple	I	I	I	I	I	I	—	I	I	A
Hipertiroidismo	I	I	I	I	I	I	—	I	I	E
Hipotiroidismo	I	I	I	I	I	I	—	I	I	C

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES**Enfermedad de la vesícula biliar**

Sintomática										
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	—	I	2	A
Tratamiento médico	3	2	3	2	2	2	—	I	2	A
Actual	3	2	3	2	2	2	—	I	2	D

^q Si la glucemia no está bien controlada, se recomienda remitir a un centro de nivel superior.

(Continuación)

^r Hay que evaluar según la gravedad de la afección.

NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

= Use el método
 = No use el método
 I = Inicie el uso del método
 C = Continúe el uso del método
 = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método

NP = No procede

Afección o circunstancia

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Pildoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Pildoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Asintomática	2	2	2	2	2	2	—	I	2	A

Antecedentes de colestasis

Relacionada con el embarazo	2	2	2	I	I	I	—	I	I	A
Relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados en el pasado	3	2	3	2	2	2	—	I	2	A

Hepatitis viral

	I	C	I	C	I	C				
Aguda o activa	$\frac{3}{4^r}$	2	3	2	$\frac{3}{4^{rs}}$	2	I	I	I	2
Estado de portador	I	I	I	I	I	I	I	—	I	I
Crónica	I	I	I	I	I	I	I	—	I	I

Cirrosis

Leve (compensada)	I	I	I	I	I	I	I	—	I	I
Grave (descompensada) ^g	4	3	4	3	3	3	—	I	3	E ^c

Tumores hepáticos

Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	2	—	I	2	A
Adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	—	I	3	P ^c
Maligno (hepatoma) ^g	4	3/4	4	3	3	3	—	I	3	P ^c

ANEMIAS

Talasemia	I	I	I	I	I	I	I	—	2	I
Anemia drepanocítica ^g	2	2	2	I	I	I	I	—	2	I
Anemia ferropénica	I	I	I	I	I	I	I	—	2	D/P ^u

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS (para medicamentos antirretrovirales, véase Infección por el VIH/sida)

Tratamiento anticonvulsivante

Algunos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato)	3 ^l	2	3 ^l	3 ^l	AMPD I EN-NET 2	2 ^l	—	I	I	—
Lamotrigina	3 [§]	3 [§]	3 [§]	I	I	I	—	I	I	—

Tratamiento antimicrobiano

Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	—	1	I	—
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

^s En mujeres con hepatitis viral sintomática, postergue estos métodos hasta que el hígado recupere su funcionamiento normal o hasta 3 meses después de que la mujer se torne asintomática, lo que ocurra primero.

^t Se debe evaluar la función hepática.

^u Si la concentración de hemoglobina es <7 g/dl, postergue el uso del método; si es de ≥7 a <10 g/dl, tenga precaución.

[§] Los anticonceptivos hormonales combinados podrían disminuir la efectividad de la lamotrigina.

- = Use el método
- = No use el método
- = Inicie el uso del método
- = Continúe el uso del método
- = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método

NP = No procede

Afección o circunstancia

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Antimicóticos y antiparasitarios	I	I	I	I	I	I	—	I	I	—
Tratamiento con rifampicina y rifabutina	3 ^l	2	3 ^l	3 ^l	AMPD EN-NET 2	2	—	I	I	—

*Otras afecciones y circunstancias relacionadas con las píldoras anticonceptivas de urgencia:

Categoría 1: Uso repetido; violación; **inductores del CYP3A4** como: rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*).

Categoría 2: Antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, u otras enfermedades tromboembólicas, y angina de pecho).

*Otras afecciones y circunstancias relacionadas con la esterilización femenina:

Tener precaución: hernia diafragmática; nefropatía; deficiencias nutricionales graves; intervención quirúrgica abdominal o pélvica previa; concomitante con intervención quirúrgica programada.

Demorar o postergar: Infección cutánea abdominal; enfermedad respiratoria aguda (bronquitis, neumonía); infección sistémica o gastroenteritis; intervención quirúrgica de urgencia (sin asesoramiento previo); intervención quirúrgica por una enfermedad infecciosa; ciertas afecciones posteriores al parto (de 7 a 41 días después del parto); eclampsia o preeclampsia grave; ruptura de la bolsa de las aguas por un período prolongado (24 horas o más); fiebre durante el parto o inmediatamente después; sepsis posterior al parto; hemorragia grave; traumatismo grave en el aparato genital; desgarro cervicouterino o vaginal en el momento del parto; ciertas afecciones posteriores a un aborto (sepsis, fiebre o hemorragia grave; traumatismo grave en el aparato genital; desgarro cervicouterino o vaginal en el momento del aborto; hematometra aguda); endocarditis bacteriana subaguda; fibrilación auricular no controlada.

Preparativos especiales: Trastornos de la coagulación; asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar; útero fijo debido a una intervención quirúrgica previa o infección; hernia umbilical o de la pared abdominal; ruptura o perforación uterina posparto; perforación uterina posterior a un aborto.

Afecciones y circunstancias relacionadas con la vasectomía:

Sin consideraciones especiales: Alto riesgo de infección por el VIH, enfermedad clínica leve o asintomática por el VIH, anemia drepanocítica.

Tener precaución: Juventud; trastornos depresivos; diabetes; lesión escrotal previa; varicocele o hidrocele de gran tamaño; criotorquidia (puede requerir derivación); lupus con anticuerpos antifosfolipídicos (o si no se sabe si están presentes dichos anticuerpos); lupus con tratamiento inmunodepresor.

Demorar o postergar: ITS activa (salvo la infección por el VIH y la hepatitis); infección de la piel escrotal; balanitis; epididimitis u orquitis; infección sistémica o gastroenteritis; filariasis; elefantiasis; tumoración intraescrotal.

Preparativos especiales: Enfermedad clínica grave o avanzada por el VIH (puede requerir una demora o postergación); trastornos de la coagulación; hernia inguinal; lupus con trombocitopenia grave.

Afecciones o circunstancias vinculadas con los preservativos masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicouterinos y el método de la amenorrea de la lactancia:

Todas las afecciones y circunstancias mencionadas en las páginas anteriores que no aparecen aquí entran en la categoría I o no proceden en casos de uso de preservativos masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas y capuchones cervicouterinos, y no se mencionan en los Criterios médicos de elegibilidad para el método de la amenorrea de la lactancia.

- = Use el método
- = Do not use the method
- = Condition not listed; does not affect eligibility for method
- NA = Not applicable

Afección o circunstancia

Preservativo masculino y femenino	Espermicida	Diafragma	Capuchón cervicouterino	Método de la amenorrea de la lactancia
-----------------------------------	-------------	-----------	-------------------------	--

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

Número de partos

No ha tenido partos (nulípara)	I	I	I	I	—
Ha tenido uno o más partos	I	I	2	2	—
<6 semanas después del parto	I	I	NP ^v	NP ^v	—

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Cardiopatía valvular complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda) ^g	I	I	2	2	—
---	---	---	---	---	---

INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTIVO

Neoplasia intraepitelial cervical	I	I	I	4	—
Cáncer cervicouterino	I	2	I	4	—
Anomalías anatómicas	I	I	NP ^w	NP ^x	—

INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA^g

Riesgo alto de infección por el VIH	I	4	4	4	—
Enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS)	I	3	3	3	P ^y
Enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS)	I	3	3	3	P ^y

OTRAS

Antecedentes de síndrome de choque tóxico	I	I	3	3	—
Infecciones urinarias	I	I	2	2	—
Alergia al látex ^z	3	I	3	3	—

^v Espere hasta que la involución uterina sea completa para ajustarlo o que la mujer lo use.

^w El diafragma no se puede utilizar en ciertos casos de prolапso uterino.

^x El uso del capuchón cervicouterino no es apropiado en las mujeres con una gran distorsión de la anatomía cervicouterina.

^y Tenga precaución: Las mujeres con infección por el VIH deben recibir el tratamiento ARV correspondiente y alimentar a su bebé con lactancia materna exclusiva plena durante los 6 primeros meses de vida del bebé, introducir alimentos suplementarios adecuados a los 6 meses y continuar amamantando hasta que el bebé cumpla 12 meses. (Véase "Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH" en el capítulo "Salud materna y neonatal", p. 352).

^z No es aplicable a los preservativos, diafragmas y capuchones cervicouterinos.

Anexo # 2. ACCEDA: Seis pasos básicos de la Consejería y orientación en la Anticoncepción

Los seis pasos de la orientación en la anticoncepción se han abreviado a través de 6 letras, donde cada una representa uno de los pasos.

Atienda a la persona con empatía, calidez y prontitud.

Converse, consulte y evalúe los conocimientos y necesidades de la persona.

Comunique a la persona cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.

Encamine a la persona hacia la elección del método más apropiado.

Describa cómo utilizar el método elegido.

Acuerde con la mujer la fecha de visita de seguimiento.

Paso I. Atienda a las personas con calidez y prontitud

- Tan pronto como salude a la persona sola o con su pareja, préstelle(s) toda su atención.
- Sea cortés, salúdela, preséntese, llámela por su nombre y ofrézcale asiento.
- Pregúntele por qué ha venido a la consulta y en qué le puede ayudar, los motivos pueden ser solicitud de información, obtener un método anticonceptivo o comunicar acerca de un problema con un método.
- Aclárele que toda la información que se va a tratar es confidencial y que usted no contará a nadie lo que le diga.
- Explique en qué consiste la visita. Describa los exámenes físicos y análisis clínicos, si corresponde.
- Imparta la consejería donde nadie más pueda escucharlos.
- Si es una cita programada, explique el porqué de la cita.

Paso 2. Converse, consulte y evalúe los conocimientos y necesidades de la persona

Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.

Si la persona es de primera vez:

- Explique que usted necesita información para ayudarle a elegir el mejor método. Inicie la historia clínica de ingreso y seguimiento de personas al programa de planificación familiar o la Historia Integral de la adolescente, examen físico.
- Haga las preguntas con sencillez y brevedad. Mire a la persona mientras le habla.
- Registre a la persona en el Censo de PF.
- Entregue el carnet de PF

Si la persona es subsecuente:

- Pregunte si está satisfecha con el método que está utilizando, si ha tenido algún problema o si ha sufrido algún cambio desde la última visita.
- En caso positivo, actualice la información, determine si sus planes para espaciar o limitar los nacimientos son diferentes, ayúdela a evaluar el riesgo de nuevos embarazos
- Muchas personas desconocen los nombres de las enfermedades o las condiciones médicas. Pregúntele a la persona cómo se siente, mencionando cada parte del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Esto le ayudará a recordar y a mencionar sus problemas.
- No debe haber barreras para entregar un método el día que la mujer acude al establecimiento.

Paso 3 o Comunique a la persona cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:

- Todas las personas deben recibir información sobre la variedad de métodos disponibles. Cuánto necesitan saber dependerá de los métodos que les interesen y de lo que ya sepan sobre ellos.
- Dígale a la persona nueva en el servicio sobre los métodos que se dispone para satisfacer sus necesidades anticonceptivas.
- Pregúntele cuál es el método que le interesa.
- Pregúntele qué sabe sobre los métodos que le interesan, características, riesgos, efectividad, efectos secundarios, incluida la protección contra la infección por el VIH y otras ITS. Puede que usted descubra que está mal informada.
- Si es algo importante, corrija el error con amabilidad.
- Describa brevemente todos los métodos disponibles. Hágolele sobre: Qué es el método y su efectividad. Cuáles son reversibles y cuáles son permanentes o Cuáles requieren colaboración de la pareja y cuál no
- Quién los puede utilizar y quién no
- Todas las personas deben recibir la misma cantidad de información inicial sobre cada uno de los métodos disponibles. A esto se le llama **consejería balanceada**.

Paso 4. Encamine a la persona o pareja hacia la elección del método más apropiado.

- Ayude a cada persona o pareja a seleccionar el método que mejor se adapte a sus planes, necesidades y preferencias. Escuchar y preguntar es muy importante en este paso.
- Pregunte a la persona si hay algún método que le gustaría usar. Algunos sabrán lo que desean, otros necesitarán ayuda para reflexionar sobre las opciones.
- Pregunte a la persona si hay algo que no comprende. De ser necesario, repita la información.
- Diga que todos los métodos son seguros; sin embargo, algunos métodos no son apropiados.
- Cuando un método no es apropiado dígaselo a la persona y explique el por qué con claridad. Luego ayúdela a elegir otro método. Por ejemplo, si una persona

tiene contraindicaciones para el uso de métodos hormonales, ofrézcale otras opciones (la T de Cobre, por ejemplo).

- Pregunte a la mujer si ha conversado con su pareja sobre planificación familiar.
- Motívele a involucrar a su pareja. De ser posible, ofrézcale la consejería en pareja.
- Confirme que la persona ha decidido usar algún método

Paso 5 Describa o demuestre cómo se utiliza el método elegido

Después que la persona ha elegido un método:

- Si es apropiado, proporcionele el método en ese momento
- Si el método elegido no puede ser proporcionado de inmediato, dígale cómo, cuándo y dónde se le proporcionará.
- Proporcione un método temporal (condón) y describa su uso.
- Para métodos, como la esterilización quirúrgica voluntaria femenina o masculina, es necesario firmar el “consentimiento informado” y dar un método mientras se concreta la EQV. En este formato se declara que la/el usuario/o desea el método, que ha recibido información completa al respecto y comprende la información, especialmente que estos métodos son permanentes.
- Ayude a la persona a comprender completamente la información contenida en este formato.
- Explíquele cómo se usa el método elegido apoyándose para ello en el muestrario de métodos u otras ayudas trabajo y/o la demostración (por ejemplo, del uso del condón con un dildo o maqueta demostrativa).
- Enséñele el método y entregue información impresa, si está disponible, con una explicación de su contenido.
- Pida a la persona que repita las instrucciones que ha recibido, para asegurarse que las ha comprendido y las recuerda.
- Describa todos los efectos secundarios posibles y las señales de alarma o peligro que indican cuándo volver de inmediato. explique que los efectos secundarios son normales en los primeros meses de uso de un método anticonceptivo.
- Entréguele material impreso sobre el método seleccionado, si está disponible.
- Explíquele que puede regresar en cualquier momento, si se presenta una señal de alarma o si tiene preguntas.
- Acuerde la fecha de una visita de seguimiento.

Paso 6. Acuerde con la persona o pareja la fecha de la visita de seguimiento

- Dígale cuándo debe regresar para la visita de seguimiento
- Anote en su carnet de planificación familiar y en el censo de planificación familiar la fecha de su próxima visita
- Dígale que regrese antes si desea o si se presentan efectos secundarios o señales de peligro o si tiene preguntas.
- Cuando se trata de métodos definitivos (EQV o Vasectomía), ofrézcale otro método seguro mientras se efectúa el procedimiento.
- Para la esterilización quirúrgica voluntaria, la persona debe firmar un formulario de consentimiento; en éste se declara que desea el método, que ha recibido

información al respecto y que comprende la información; ayude a la persona a comprender bien este formato.

En la visita de seguimiento:

- Pregunte a la persona si está usando el método
- Si la respuesta es afirmativa, pregunte si está satisfecha con el método
- Pregunte cómo se ha sentido y tome nota de algún efecto secundario; respóndalos uno por uno
- De manifestar algún efecto secundario, pregunte cuán severo es. Infórmele en el caso de efectos menores diciéndole que no son peligrosos y frecuentemente son pasajeros. Explique su causa.
- Si los efectos secundarios son severos, refírala para que reciba tratamiento
- Pregunte cómo está usando el método. Compruebe que lo está usando correctamente. o Averigüe si tiene alguna pregunta

Si la persona/o desea utilizar otro método:

- Dígale de nuevo que hay otros métodos y siga el proceso para ayudarle a elegir otro.
- Recuérdelle que cambiar de método no es malo, es normal. Nadie puede realmente decidirse por un método sin probarlo primero. También puede cambiar la situación de la persona y, en ese caso, puede que otro método sea mejor.
- Si la persona desea tener un hijo, explíquele cómo dejar el método. Refírala, si es necesario, para que pueda interrumpir el método (por ejemplo, en el caso de la remoción de una T de Cobre).
- Si la persona ha dejado de utilizar el método anticonceptivo y está embarazada, refírala a la Atención Prenatal o inícielo ahí mismo de inmediato si está dentro de sus competencias.