



Resolución Ministerial

Lima, 31 de Agosto del 2016

Visto, el Expediente N° 16-054471-001, que contiene la propuesta de Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, señala que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, por Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA se aprobó la NT N° 032-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Planificación Familiar", modificada por la Resolución Ministerial N° 525-2016/MINSA, con el objetivo general de establecer los procedimientos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud contribuyendo a que la población peruana alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida del (a) usuario (a), así como de su familia, su comunidad y el país;

Que, el artículo 71 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas; Salud Mental; Prevención y Control de la Discapacidad; salud de los Pueblos Indígenas; Salud Sexual y Reproductiva; así como las correspondientes por Etapas de Vida;





Que, en virtud de ello, mediante el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha elaborado la propuesta de Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, con la finalidad de contribuir a que las personas ejerzan sus derechos de manera responsable, libre e informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que deseen procrear; brindando servicios de planificación familiar de calidad;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud Pública; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 124-2016-MINSA-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública la difusión y supervisión de la presente Norma Técnica de Salud.

Artículo 3.- Derogar la NT N° 032-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Planificación Familiar", aprobada por Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N° 525-2016/MINSA.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PATRICIA J. GARCÍA FUNEGRA
Ministra de Salud



M. Pun Ch



J. MORALES C.

NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

I. FINALIDAD

Contribuir a que las personas ejerzan sus derechos de manera responsable, libre e informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que deseen procrear; brindando servicios de planificación familiar de calidad.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos vinculados a la atención integral en planificación familiar, con calidad y seguridad, en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, según corresponda.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar los procedimientos técnicos para brindar atención de planificación familiar en los servicios de salud, en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, con los enfoques de equidad de género, integralidad, interculturalidad e inclusión social.
- Establecer las responsabilidades y procedimientos administrativos y logísticos para asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud públicos.
- Establecer criterios para la atención integral en planificación familiar, respeto, promoción de derechos, prevención de violencia y el enfoque de género en los servicios de atención.
- Mejorar la prestación del servicio, mediante procedimientos estandarizados en aspectos técnicos para la mejora de las competencias del personal en la atención en Planificación Familiar.
- Contribuir a mejorar la libre e informada elección de las personas a los métodos anticonceptivos de acuerdo a su opción reproductiva.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente norma técnica de salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS del Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud - ESSALUD, gobiernos regionales, gobiernos locales, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Podrá servir de referencia a los establecimientos de salud del Sector Privado, según corresponda.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26626, Ley que encarga al Ministerio de Salud la Elaboración del Plan Nacional de Lucha Contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de Transmisión Sexual.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -MINS/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población y sus modificatorias..
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 014-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Supremo N° 012-2013-SA, que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos – SISMED.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINS/A, que aprueba el documento “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINS/A, que aprueba la NT N° 018-MINS/A/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 367-2005-MINS/A, que Modifica la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médicos Quirúrgicos – SISMED.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINS/A, que aprueba el “Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”.
- Resolución Ministerial N° 638-2006/MINS/A, que aprueba la NTS N° 047-MINS/A/DGPS-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINS/A, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 1112-2006/MINS/A, que aprueba la Directiva Administrativa N° 102-MINS/A/DGPS-V.01: “Directiva Administrativa para la implementación de la Norma Técnica para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 141-2007/MINS/A, que aprueba la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género.
- Resolución Ministerial N° 278-2008/MINS/A, que aprueba el Documento Técnico “Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”.
- Resolución Ministerial N° 164-2009/MINS/A, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 020-MINS/A/DGSP-V.01: “Directiva Sanitaria para la Implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar”.
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINS/A, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015”.
- Resolución Ministerial N° 242-2009/MINS/A, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 022-MINS/A/DGSP-V.01 “Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a Usuarios/as en Servicios de Salud”.



M. Pun Ch



- Resolución Ministerial N° 263-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 077-MINSA/DGSP-V. 01: "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales"
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS 021-MINSA/DGSP-V.03, "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 095-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud: "Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes".
- Resolución Ministerial N° 556-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01, Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA-DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 289-2013/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013: Articulado Nutricional, Salud Materna Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Mortalidad y Discapacidad por Emergencias y Urgencias, Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres".
- Resolución Ministerial N° 399-2015-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 101-2016/MINSA, que Asigna temporalmente las funciones previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°007-2016-SA.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1 ATENCIÓN INTEGRAL CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SERVICIOS DIFERENCIADOS PARA LOS ADOLESCENTES¹: Es la provisión continua y con calidad de una atención integral, orientada hacia la promoción, prevención, acceso a métodos anticonceptivos, recuperación y rehabilitación en salud sexual y reproductiva, en el contexto de su vida en familia y en la comunidad. Esta atención se realiza en horarios diferenciados y ambientes exclusivos, y de acuerdo a las disposiciones normativas (Norma Técnica de Salud: "Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes). Se brinda también en los centros de desarrollo juvenil (CDJ) donde se atiende al adolescente a través de: orientación/consejería,



M. Pun Ch.

¹ Adaptado de la Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 095-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes.



talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica. En estos espacios, se abordan temas como la salud física, psicosocial, sexual y reproductiva de las/os adolescentes.

- 5.1.2 **ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA:** Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no sólo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.
- 5.1.3 **BIOSEGURIDAD:** Medidas que se realizan para minimizar los riesgos de infección, de las personas usuarias y servidores(as) de salud
- 5.1.4 **CAPTACIÓN DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA:** Es la identificación de las mujeres que en el lapso de un año no optan por un método anticonceptivo. Esta identificación puede hacerse a través de actividades extra e intra murales. Se considera captada cuando luego de realizada una intervención (visita domiciliaria, información, charlas) por el personal de la salud, la mujer accede al servicio de planificación familiar con el uso de un método anticonceptivo.
- 5.1.5 **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR:** Es el acto en el que la persona expresa voluntariamente su aceptación para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, como resultado de un proceso de información y explicación detallada sobre todos los aspectos del uso de la anticoncepción que permitan su toma de decisión, la cual puede suspenderse en cualquier momento a solicitud del propio interesado. El derecho de toda persona a expresar su consentimiento previo e informado en materia de planificación familiar es distinto al contemplado por el artículo 4 de la Ley General de Salud en lo que respecta estrictamente al tratamiento médico.
- 5.1.5 **CONSEJERÍA PRE TEST PARA VIH²:** Es la información y el proceso educativo que se brinda antes de realizar una prueba de despistaje para VIH para evaluar la posibilidad de haberse expuesto al virus y con el fin de preparar emocionalmente a la/el usuaria/o en el manejo de diagnóstico (cualquiera que sea) y de sus consecuencias. Esta no siempre concluye en la decisión de realizarse la prueba, ya que la/el usuaria/o puede decidir no hacerse la, por lo que la/el consejera/o debe facilitar este proceso.
- 5.1.6 **CONSEJERÍA POST TEST PARA VIH³:** Es la información y el proceso educativo que se realiza al hacer la entrega de los resultados de la prueba VIH, sean éstos positivos (con pruebas confirmatorias), negativos o indeterminados. Se realiza considerando la interpretación de los resultados del examen y de los riesgos personales de la/el usuaria/o.
- 5.1.7 **CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** Consultorio que es parte de la unidad productora de servicios de consulta externa en un establecimiento de salud, y que provee atención relacionada a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, con énfasis en metodología anticonceptiva.
- 5.1.8 **CONSUMO:** cantidad de productos entregados a los usuarios durante un periodo de tiempo.
- 5.1.9 **CONSUMO PROMEDIO MENSUAL (CPM):** promedio de las cantidades consumidas por un establecimiento en un periodo determinado (generalmente 12 meses).



M. Pun Ch.



² Resolución Ministerial N° 289-2013/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013: Articulado Nutricional, Salud Materna Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Mortalidad y Discapacidad por Emergencias y Urgencias, Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres".

³ Resolución Ministerial N° 289-2013/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013: Articulado Nutricional, Salud Materna Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Mortalidad y Discapacidad por Emergencias y Urgencias, Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres".

- 5.1.10 **DEMANDA INSATISFECHA:** Es el número de mujeres y hombres que tienen una vida sexual activa, que no desean tener hijos o desean postergar el nacimiento de otro hijo, que no están usando un método anticonceptivo y además no tienen acceso al servicio de salud.
- 5.1.11 **DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones de salud.
- 5.1.12 **EDAD FÉRTIL:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. De 15 a 49 años.
- 5.1.13 **EQUIDAD DE GÉNERO:** procesos o acciones que se realizan para eliminar formas de discriminación en las relaciones sociales entre hombres y mujeres.
- 5.1.14 **FACTOR DE RIESGO:** Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.
- 5.1.15 **FECHA DE EXPIRACIÓN O FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha determinada por el fabricante, luego de la cual el anticonceptivo o cualquier otro producto no debe ser distribuido o utilizado por los usuarios.
- 5.1.16 **GÉNERO:** Relaciones entre hombres y mujeres que se generan como resultado de una construcción social basada en las diferencias sexuales.
- 5.1.17 **IMPERITO:** persona falta de pericia o habilidad.
- 5.1.18 **INVENTARIO, EXISTENCIAS O STOCK:** La cantidad de existencias (anticonceptivos, bienes y otros elementos del establecimiento de salud) que se encuentran disponibles (para utilizarse por un establecimiento de salud o programa) en un momento determinado.
- 5.1.19 **MESES DE EXISTENCIA DISPONIBLE (MED):** Este término se utiliza para expresar la cantidad de existencias disponible (de un anticonceptivo o artículo específico) en relación con el número de meses que duraría esta cantidad si se distribuye a las tasas (promedio) actuales. Es la cantidad disponible (del anticonceptivo o artículo específico) o stock entre la tasa mensual de consumo promedio de dicho producto.
- 5.1.20 **MÉTODO ANTICONCEPTIVO:** Procedimiento que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.
- 5.1.21 **MEZCLA ANTICONCEPTIVA⁴:** Es la distribución relativa de usuarios de anticonceptivos por tipo de método. Pueden tomarse dos grandes grupos; las usuarias de métodos modernos y las usuarias de métodos naturales, tradicionales y abstinencia periódica; la alternativa es clasificar según el método específico.
- 5.1.22 **MUJERES EN EDAD FÉRTIL⁵:** Son las mujeres cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 15 a los 49 años.
- 5.1.23 **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA⁶:** Proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas individuales o parejas, tomen decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias, además de brindar apoyo para el análisis y búsqueda de solución a sus problemas de salud.
- 5.1.24 **PAREJA PROTEGIDA EN EL AÑO:** número de parejas protegidas que usa un método anticonceptivo, durante un año. se calcula, para cada método, dividiendo el número de insumos entregados entre el factor de conversión.
- 5.1.25 **PAQUETES INICIALES MÍNIMOS DE SERVICIOS (PIMS)⁷:** Conjunto de actividades prioritarias y coordinadas diseñadas para prevenir niveles elevados de morbilidad



M. Pun Ch.

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007). Uso de métodos anticonceptivos en las provincias del Perú.

⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Pág. 64

⁶ Ministerio de Salud (2010). Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

⁷ Comisión de Mujeres para los Refugiados. (2011). Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones



materna y neonatal, reducir la transmisión del VIH, prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual, y planificar servicios integrales de salud reproductiva en los días y semanas iniciales de una situación de emergencia y desastres naturales. Asegura que los establecimientos de salud puedan continuar brindando la atención de salud sexual y reproductiva. Las actividades prioritarias consisten en poner a disposición suficientes anticonceptivos para satisfacer la demanda, el tratamiento sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y garantizar la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para los pacientes de tratamiento permanente.

- 5.1.26 **PERIODO DE REABASTECIMIENTO:** Número determinado y pre-establecido de meses que transcurre entre pedidos de suministros anticonceptivos. El periodo de reabastecimiento debería determinarse en forma individual para cada método anticonceptivo. Se usa conjuntamente el periodo de reabastecimiento, el nivel de existencias de seguridad (en meses) y el lapso de reabastecimiento para determinar los niveles de existencias máximo y mínimo esperados.
- 5.1.27 **PERSONAS ILETRADAS:** persona falta de instrucción (no es sinónimo de analfabeto).
- 5.1.28 **PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.
- 5.1.29 **PLAN OPERATIVO:** A diferencia del plan estratégico (el cual plantea las estrategias o iniciativas generales que utilizará un programa para lograr sus objetivos), un plan operativo plantea los proyectos o actividades específicos (de acuerdo con el plan estratégico) que se llevarán a cabo y el cronograma y los recursos necesarios para completar dichos proyectos o actividades.
- 5.1.30 **PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS:** Porcentaje de todas las mujeres en edad fértil (MEF), (entre los 15 y los 49 años) que usan un método anticonceptivo en un momento dado.
- 5.1.31 **PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR:** estrategia que busca la eliminación de la violencia física o psicológica, en ámbitos públicos o privados, de las personas especialmente de mujeres o niños, ejercida por algún o algunos miembros del núcleo familiar. Es parte del proceso de eliminar la violencia contra la mujer.
- 5.1.32 **PRIMERO EN EXPIRAR, Primero en Entregar (PEPE):** Sistema de administración de suministros en el cual los productos con las fechas de expiración más próximas, se distribuyen primero y los productos con fechas de expiración posteriores, sólo se distribuirán cuando se hayan agotado los de fecha de expiración más reciente.
- 5.1.33 **PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (PMC):** técnica estructurada de uso cíclico para mejorar los sistemas y procesos de una organización o programa. El PMC incluye la identificación de un área donde existe una oportunidad de mejoramiento, la definición del problema identificado en dicha área, el resumen de la secuencia de actividades (el proceso) que ocurren en dicha área y la determinación de los resultados deseados del proceso y los requisitos necesarios para lograrlos. Asimismo, la selección de los pasos específicos para estudiar, recopilar y analizar los datos del proceso, adoptar medidas correctivas y controlar los resultados de dichas acciones. El PMC se basa en un enfoque de equipo y requiere del desarrollo de equipos compuestos por personal de diferentes áreas y niveles funcionales de la organización. El PMC asume que cualquier sistema puede ser mejorado siempre y por consiguiente, enfatiza un proceso de mejoramiento constante que requiere de un compromiso a largo plazo y un trabajo de grupo efectivo.



M. Pun Ch.



de crisis: Módulo de educación a distancia. Australia.

- 5.1.34 **RIESGO REPRODUCTIVO:** Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.
- 5.1.35 **SALUD REPRODUCTIVA:** Un estado de bienestar físico, mental y social que no consiste solamente en la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos referentes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por consiguiente la salud reproductiva implica que la gente pueda llevar una vida sexual segura y satisfactoria, teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho de los varones y mujeres a mantenerse informados con respecto a los métodos anticonceptivos seguros, aceptables y al alcance de sus posibilidades, a elección suya, y a tener acceso a los mismos así como a otros métodos de planificación familiar para regular la fertilidad, que no sean contrarios a la ley, además del derecho de acceder a servicios apropiados de salud que permitirán que las mujeres tengan un embarazo y un parto seguros, proporcionando a las parejas las mejores oportunidades de tener un bebé sano.
- 5.1.36 **SEDOANALGESIA** Técnica de anestesia local que se complementa con algún tipo de sedante que permita manejar la ansiedad de la persona usuaria.
- 5.1.37 **SESIÓN EDUCATIVA:** Técnica educativa de carácter informativo, orientada a un propósito específico con respecto de un grupo determinado.
- 5.1.38 **SISTEMA DE INFORMACIÓN:** Es el conjunto ordenado de procedimientos que permiten recolectar, registrar y analizar datos sobre las actividades de una institución o programa, para planear, hacer seguimiento y evaluar su desempeño de manera integral, con la finalidad de tomar decisiones adecuadas. Sistema de Máximos y Mínimos: Sistema eficiente que se usa para mantener la cantidad adecuada de anticonceptivos disponibles. Niveles máximo y mínimo de existencias son calculados para asegurar que un programa no agote sus suministros y al mismo tiempo evitar que tenga más de lo necesario. Los niveles máximo y mínimo se expresan basándose en un cierto número de meses de existencias.
- 5.1.39 **STOCK O EXISTENCIAS DISPONIBLES:** son las cantidades de existencias utilizables que están disponibles en todos los niveles del sistema logístico en un determinado momento.
- 5.1.40 **TASA DE FALLA:** Número de embarazos ocurridos en las/os usuarias/os de determinado método al cabo de un año continuo de uso
- 5.1.41 **TRANSCESÁREA:** Término que se usa para especificar una actividad que se realiza en el curso de una intervención cesárea, por ejemplo inserción de DIU.
- 5.1.42 **TRENDELENBURG:** Posición en la que se coloca al / la paciente en decúbito supino, con la cabeza más baja que los pies en una inclinación de 45 grados.
- 5.1.43 **USUARIO/A:** Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.
- 5.1.44 **USUARIO/O CONTINUADORA:** Usuarios continuos son aquellos individuos que utilizan anticonceptivos y lo confirman en una fecha dada. Generalmente se cuentan y se reportan por separado de los clientes nuevos del programa y de los nuevos aceptantes de un método.
- 5.1.45 **USUARIO/A NUEVO/A:** Persona que acepta por primera vez en su vida, usar un método anticonceptivo. Puede ser calificada como nuevo/a, tantas veces como métodos existan.
- 5.1.46 **USUARIO POTENCIAL:** En el caso de las mujeres, una usuaria potencial es cualquier mujer en edad reproductiva que esté en riesgo de quedar embarazada, que no utiliza la anticoncepción y que no desea embarazarse por el momento. En el caso de los hombres, un usuario potencial es cualquier hombre sexualmente activo que no utiliza ningún método anticonceptivo.



M. Pun Ch.



5.2 ACRONIMOS

AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
CDJ	Centro de desarrollo juvenil
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
DGIESP	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas
DIREMID	Dirección Regional de Medicamentos Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección Salud
EESS	Establecimiento de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales
GERESA	Gerencia Regional de Salud
ICI	Informe de Consumo Integrado de Medicamentos
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud- del Ministerio de Salud,
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MELA	Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea
PVVIH/SIDA	Personas viviendo con VIH/SIDA
PpR	Presupuesto por Resultado
SOP	Sala de Operaciones
TCV	Tarjeta de Control Visible
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

5.3 LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los servicios integrales de planificación familiar serán ofrecidos en todos los establecimientos de salud públicos del país de manera gratuita, incluyendo la historia clínica, orientación/consejería y la provisión de métodos anticonceptivos y Anticoncepción de emergencia. Estos pueden ser:

- **Temporales:**

1) *Métodos de abstinencia periódica:*



- a. Del ritmo o de la "Regla" o del calendario.
 - b. Billings o del moco cervical.
 - c. Método de los días fijos o método del collar.
- 2) *Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA).*
- 3) *Métodos de barrera:*
- a. Preservativo o condón masculino
 - b. Preservativo o condón femenino
- 4) *Hormonales:*
- a. Hormonales combinados:
 - Orales
Etinilestradiol + levonorgestrel 30mcg + 150mcg. TAB. 21tab + 7 tab sulfato ferroso.
 - Inyectables mensuales
Estradiol Cipionato + Medroxiprogesterona acetato 5mg + 25mg. INY. ó
Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg ampolla X 1mL
 - b. Hormonales de sólo progestágeno:
 - Inyectables de depósito
Medroxiprogesterona acetato de 150mg/mL. INY. 1mL
 - Implante
Etonogestrel de 68 mg. de un cilindro.
- 5) *Dispositivos intrauterinos*
- T de Cu 380 A
- **Definitivos:**
- 1) *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina - Bloqueo Tubario Bilateral (BTB).*
 - 2) *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina -Vasectomía.*
- **Anticoncepción de Emergencia**
- 1) *Levonorgestrel 1.5 mg (equivalente a 1 tableta 1.5 mg o 2 tabletas 0.75 mg)*
 - 2) *Combinados: Método de Yuzpe*
Etinilestradiol + levonorgestrel 30mcg + 150mcg. 8 TAB

El Ministerio de Salud no promueve prácticas como el coitus interruptus o los métodos folclóricos debido a su baja eficacia, y en algunos casos por carecer de fundamento científico.

El Ministerio de Salud podrá incorporar progresivamente otros métodos anticonceptivos que se dispongan a partir del desarrollo científico y disponibilidad en el mercado.

5.4 NIVELES DE ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

Las actividades y prestación del servicio de planificación familiar se realizarán, según corresponda, en todos los niveles de atención de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud.



M. Pun Ch.



5.5 AMBIENTES PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los ambientes en los que se brinda la atención de planificación familiar según la categoría de establecimiento de salud o funciones obstétricas neonatales son:

CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	AMBIENTE PARA BRINDAR ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR
I-1, 1-2, I-3	FON Primarias	Consultorio Externo
1-4	FON Básicas	Consultorio Externo y Hospitalización
II-1, II-E*	FON Esenciales I	Consultorio de Planificación Familiar, Hospitalización y Centro Quirúrgico (AQV).
II-2, III-1, III-E*	FON Esenciales II	Consultorio de Planificación Familiar, Hospitalización y Centro Quirúrgico (AQV).
III-2	FON Intensivas	Consultorio de Planificación Familiar, Hospitalización y Centro Quirúrgico (AQV).

*EESS que han declarado como campo clínico la atención obstétrica

Fuente: Adaptado de la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA

- Desde el nivel I-4 hasta el nivel III-2 además del consultorio externo de planificación familiar, se brinda el servicio en el área de internamiento o la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de hospitalización de pacientes posaborto y puerperio.
- Desde el nivel II-1 hasta el nivel III-2 además del consultorio externo de planificación familiar y hospitalización se brinda el servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) en la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) Centro Quirúrgico.
- En los FON Esenciales y FON Intensivas, se habilita un consultorio para orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva según demanda de atención del establecimiento de salud.

5.6 PERSONAL DE LA SALUD QUE BRINDA LA ATENCIÓN

Los servicios integrales de planificación familiar serán entregados por el personal de la salud. Éste puede ser, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud, un médico/a gineco-obstetra, un médico/a general, un/a obstetra u otro personal de la salud capacitado. De acuerdo al método anticonceptivo la provisión es brindada por el siguiente personal de la salud:



M. Pun Ch.



PERSONAL DE LA SALUD	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS									
	Abstinencia Periódica	MELA	Condón	Píldora Combinada	Inyectable Combinado	Inyectable Progestágeno	Implantes	DIU	AQV Femenino	AQV Masculino
Médico/a Gineco-Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico/a General	X	X	X	X	X	X	X	X	X*	X*
Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X		
Enfermero/a (Capacitado)	X	X	X	X						
Técnico/a en enfermería (Capacitado)	X	X	X							

*Luego de haber recibido capacitación en servicio y contar con certificado o constancia de dicha capacitación.

Fuente: Resolución Ministerial N° 289-2013/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y Enfermedades No Trasmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias y Desastres". (Adaptado)

5.7 MANEJO DE COMPLICACIONES

En caso de presentarse algún efecto colateral o complicación por el uso de los métodos anticonceptivos, su manejo debe estar a cargo de un profesional médico, gineco obstetra o médico general capacitado u obstetra según sea el caso. Las complicaciones, así como las indicaciones específicas para su manejo profesional estarán descritas en el Manual de Planificación Familiar que apruebe el MINSA.

5.8 CONDICIÓN INCLUSIVA DE LA ATENCIÓN

En los servicios integrales de planificación familiar está prohibido todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, orientación sexual, condición económica o cultural de cualquier índole.

5.9 OBLIGATORIEDAD

Todo el personal de la salud de los establecimientos de salud públicos del país está obligado a cumplir con las disposiciones de la presente norma técnica de salud, sin objeción de conciencia.



M. Pun Ch.



5.10 DERECHOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El IGSS y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces, son responsables de la capacitación del personal en los establecimientos de salud sobre los derechos de las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar.

5.10.1 Derechos de las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar:

A la Privacidad.- Las/os usuaria/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- Que la reserva respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios del establecimiento de salud: desde la admisión, triaje, farmacia y otros.
- Que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente.
- Ser examinado/a en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Contar con una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento, si así lo solicita o desea.
- Permanecer con bata, nunca desnuda/o, por el tiempo que sea necesario para llevar a cabo el procedimiento médico.
- No hablar o ver, si no lo desea, a personas que no estén directamente relacionadas con el establecimiento de salud, incluyendo visitantes o personas que laboran en el establecimiento pero que no están involucradas directamente en su atención.

A la Información.- Las/os usuaria/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa, actualizada, comprensible y oportuna del diagnóstico, tratamiento o procedimiento antes de ser realizado. Dicha información será comunicada a la/el usuaria/o claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido. Sin embargo, si la/el usuaria/o no habla, ni entiende el idioma español, y el personal responsable de su atención no maneja su idioma, entonces el establecimiento de salud debe brindar a una/un intérprete.
- Recibir información y educación sobre la sexualidad, y función de órganos sexuales y reproductivos.
- Recibir información completa sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH/SIDA, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que ofrece el establecimiento de salud indicados para hombres y mujeres.
- Recibir por escrito, a su solicitud, los resultados de análisis y otras pruebas: diagnóstico, indicaciones, procedimientos y tratamiento, así como la epicrisis o el resumen de la historia clínica al alta.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de atención, diagnósticos ni tratamiento, si no es autorizado por la/el usuaria/o, excepto en los casos que la ley lo señale.
- Recibir copia de la historia clínica previa solicitud por escrito, en caso que el personal de la salud no le entregue o aplique el método anticonceptivo solicitado.

A conocer la Identidad de las personas proveedoras de servicios.- Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Conocer la identidad y el cargo de las personas que le estén ofreciendo servicios de planificación familiar, desde el inicio de la atención.



M. Pun Ch



- Conocer el nombre del/la profesional de la salud que está a cargo de su atención.
- Conocer quien/es son los/las profesionales responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.

A la Seguridad personal.- Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Recibir atención segura, sin exposición a riesgos innecesarios, mediante prácticas adecuadas, y el cumplimiento de los estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos de salud.
- Que las instalaciones de los establecimientos de salud brinden privacidad condiciones de bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal.

A la Comunicación.- Las/os usuaria/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su atención, y especialmente a que acceda a recibir visitas si es atendida en hospitalización de los establecimientos de salud. Si la/el usuaria/o no habla, ni entiende el idioma español, y el personal responsable de su atención no maneja su idioma, entonces el establecimiento de salud debe brindar a una/un intérprete.

A la Toma de decisiones.- Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Tomar decisiones relacionadas con su atención de salud. El ejercicio de este derecho deberá basarse tanto en el proceso de identificación de las necesidades de atención en planificación familiar, clarificación de valores, explicación clara y concisa de su condición, así como los procedimientos técnicos implícitos a su atención, incluyendo el riesgo de muerte, cuando corresponda, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
- No ser sometido/a a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.
- No ser sometido/a a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, como las vinculadas al parto o aborto.
- Consultar con otros/as profesionales de la salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.
- Estar informada/o del propósito del establecimiento de realizar algún proyecto de investigación, en el que se le pueda involucrar. Tiene el derecho a rehusar su participación en dichas actividades o en actividades de entrenamiento clínico, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud, o a participar voluntariamente luego de haber dado consentimiento informado.

A contar con una atención adecuada.- Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Rehusarse a someterse a procedimientos y/o atención luego de haber recibido la información completa sobre los mismos.
- Rehusar el tratamiento en cualquier momento. Este hecho no le hará perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios del establecimiento, pudiendo reiniciar el manejo posteriormente sin ningún tipo de discriminación.

Ai Respeto y dignidad.- Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
- Que se respeten sus creencias, valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura.
- No ser discriminado por ninguna causa, y menos para acceder a la atención de planificación familiar.



M. Pun Ch.



Al Reclamo y resarcimiento.- Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Expresar su disconformidad por el trato que haya recibido en el establecimiento de salud, y que considere inadecuado, o que no haya recibido cuando le correspondía; así como a recibir las explicaciones y las medidas correctivas que correspondan ante lo que motivó su insatisfacción.
- A recibir el resarcimiento correspondiente, de ser el caso, de acuerdo al resultado del proceso legal por los daños que se le pueda ocasionar por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de la salud.

5.10.2 Derechos sexuales y reproductivos de las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar

Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permita disfrutar de su sexualidad.
- Decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Recibir educación sexual en pareja, a través de la consejería tanto en el establecimiento de salud como en el domicilio durante la visita domiciliaria.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, orientación sexual, estado civil, religión, creencias, entre otros, a los servicios de atención que incluyan la salud sexual y reproductiva incluyendo planificación familiar.
- Libre elección y acceso informado en la opción anticonceptiva que elija. Bajo ninguna circunstancia se aplicará algún método sea temporal o definitivo sin su consentimiento libre e informado.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria, y que no esté limitada por su capacidad económica.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- Que los establecimientos de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- Ser atendidos en los servicios de planificación familiar sin ningún tipo de coacción.
- No ser sometida/o a persuasión o presión, por ningún motivo, mediante ofrecimiento o entrega de algún bien o servicio que preste el establecimiento, como estímulo para usar algún método anticonceptivo, sea éste temporal o definitivo. Tampoco se permite retener o negar algún bien o servicio que preste el establecimiento como forma de disuasión, persuasión o presión para el uso de métodos anticonceptivos.

5.11 RESPONSABILIDADES DE LAS/OS USUARIAS/OS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar son responsables de:

- Brindar de acuerdo a sus posibilidades y conocimientos, información sobre sus antecedentes y estado de salud, que contribuyan al diagnóstico y al plan de atención adecuados.
- Cumplir las recomendaciones e indicaciones que el/la profesional de la salud señale, así como los tratamientos y procedimientos que le indiquen para su recuperación y rehabilitación.
- Acudir a sus citas programadas.



M. Pun Ch



5.12 ENFOQUES EN LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

5.12.1. DERECHOS HUMANOS⁸

Los derechos humanos se pueden definir como la expresión de los valores de la modernidad- libertad, igualdad, solidaridad- Al ser traducidos en términos jurídico legales con el respaldo constitucional del Estado de Derecho se transforman en derechos ciudadanos; en su esencia está el reconocimiento de la dignidad del ser humano como atributo inalienable de la persona, y la salud como una condición esencial y atributo de la dignidad humana.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y los derechos en salud, Es así que la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, quien nace con derechos inherentes por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano, es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Los principios reconocidos y garantizados jurídicamente desde este enfoque son la universalidad, la interdependencia, la indivisibilidad, la integralidad, la complementariedad e inalienabilidad.

La violación o descuido de los derechos humanos puede tener consecuencias graves para la salud de las personas. Asimismo, la vulnerabilidad de la población puede disminuir tomando medidas para respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos. (OMS 2002).

5.12.2. EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La construcción social de género incide en la salud de la población mediante la socialización y las instituciones sociales que generan comportamientos de riesgo y patrones de acceso y control de los recursos individuales y sociales para la salud, diferenciados, desiguales y desventajosos para uno o ambos géneros⁹.

El enfoque de género en los servicios de salud sexual y reproductiva contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad, y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres, y dentro de las familias. Asimismo, permite comprender cómo los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción.

Comprende:

- Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres, buscando modificar el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Contribuir a la puesta en práctica del enfoque de género por los servidores de salud para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones, la cual debe ser informada y responsable para el adecuado ejercicio de los derechos de las mujeres y los varones en su salud sexual y reproductiva, la prevención de prácticas sexuales de riesgo, la prevención de la violencia basada en género y el abuso sexual.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad entre las mujeres en edad fértil, producto de la inequidad existente, y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de la pareja, las familias y la comunidad.
- Empoderar a las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Incluir la participación responsable de los varones en la salud sexual y la salud reproductiva de la pareja.
- Promover el desarrollo de información y servicios para varones, que permita impulsar la equidad de género en salud.



A. Pun C

⁸ Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud

⁹ Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud



5.12.3. INTERCULTURALIDAD

La atención en los servicios de salud sexual y reproductiva considera y promueve el reconocimiento y respeto de la existencia de diversidades socio culturales, lo que implica el conocimiento, comprensión, interés y acción del personal de la salud para conciliar sus conocimientos actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, nivel educativo, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y orientación sexual y género de la población a la que atiende, introduciendo adaptaciones en la atención.

La sensibilización y capacitación del personal que brinda la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva en relación a conocimientos, comprende:

- Conocimientos actitudes y prácticas de las/os usuarias/os.
- Adecuación cultural de los servicios.
- Trabajo con agentes comunitarios de salud, trabajo de pares.
- Visitas domiciliarias.

5.12.4. INTEGRALIDAD

La atención en los servicios de salud sexual y reproductiva deben tener mirada integral, lo que implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida y cada etapa personal y familiar tiene sus propias necesidades y enfoques. La integralidad incluye la priorización de problemas específicos de salud por su alta prevalencia y/o externalización, que requieren se aborden con enfoque de salud pública, como es el caso de la Salud Sexual y Reproductiva.

5.12.5. INCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

La atención en los servicios de salud sexual y reproductiva debe garantizar el acceso de determinados individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan. Es el respeto a la diversidad, y el reconocimiento de un tercero vulnerable, con necesidades específicas que deben ser atendidas para que pueda estar en condiciones de igualdad y disfrutar de sus derechos fundamentales. En este marco la atención en planificación familiar responde a un contrato social establecido en la Constitución Política del Perú, por tanto el Estado debe proteger y garantizar la atención en planificación familiar con la misma cantidad, calidad y oportunidad sin discriminación por razones de raza, sexo, etapa de vida, estrato social, discapacidad, etnia, religión y cultura, priorizando a las mujeres y hombres en situación de marginación, vulnerabilidad y riesgo.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La atención integral en salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, comprende la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, orientación/consejería, provisión de métodos anticonceptivos, diagnóstico y manejo o referencia de las/os usuarias/os desde el primer nivel de la atención hasta un centro especializado, si el caso lo requiere.

6.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La promoción de prácticas y entornos saludables en salud sexual y reproductiva y planificación familiar consiste en promover el desarrollo de habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud sexual y reproductiva y mejoraría. Estas actividades se realizarán básicamente en el primer nivel de atención o según corresponda:

6.1.1 DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



M. Pun Ch.



a) Población informada sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar a través de estrategias de comunicación.

El personal de los servicios de salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, del IGSS y de las DIRESAS/GERESAS, desarrollarán acciones de difusión y comunicación dirigida a la población integrada por mujeres y hombres en edad fértil y gestantes que reciben mensajes claves con estrategias diferenciadas, a través de medios de comunicación, medios alternativos, así como la realización de reuniones de sensibilización, en temas de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar. Dicha población tiene acceso a medios de comunicación masivos y alternativos.

b) Población informada sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar en medios de difusión masiva.

El personal de los servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar del IGSS y de las DIRESAS/GERESAS expondrán mensajes por lo menos en un medio de comunicación masiva: escrita, radial o televisiva durante un periodo determinado, con el objetivo de informar a la población objetivo sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar.

c) Población informada sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar por medios alternativos de comunicación.

Incluye el diseño, impresión, distribución y publicación de materiales, con financiamiento del presupuesto por resultados en el IGSS y en las DIRESAS/GERESAS. Estos son:

- Paneles publicitarios en vallas y murales en avenidas, calles céntricas, puertos, gasolineras sobre planificación familiar.
- Panel publicitario en medios de transporte público (bus, moto taxi, bote) en rutas de mayor afluencia sobre planificación familiar.
- Publicidad gráfica: Impresión de material de publicidad como gigantografías, banners, afiches, dípticos, trípticos y folletos sobre planificación familiar.
- Campañas en distritos con mayores índices de mujeres y hombres que no utilicen algún método de planificación familiar.
- Perifoneo de mensajes preventivos (megáfono, servicio de perifoneo en mercados, calles, otros espacios públicos) sobre planificación familiar.
- Sesión de animación sociocultural.
- Reunión de sensibilización con autoridades locales al año para abordar el tema de planificación familiar.
- Entrevistas/apariciones en radio y televisión de voceros oficiales.
- Elaboración de llaveros, lapiceros, polos, gorros, toma todo, afiches y rotafolios sobre la planificación familiar.

El diseño de los materiales impresos y la difusión en medios nacionales, como radio y TV, contará con financiamiento del presupuesto por resultados y estará a cargo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y la Oficina General de Comunicaciones. Para el caso de difusión en medios regionales será coordinado por la/el responsable de Salud Sexual y Reproductiva, en coordinación con la oficina de comunicaciones del IGSS, de la DIRESA/GERESA o quienes hagan sus veces, a través de sus Unidades Ejecutoras, con la asistencia técnica del nivel nacional. En el caso de que el público objetivo sea adolescente será coordinado con la Etapa de Vida Adolescente.

d) Comunicadores, líderes de opinión, periodistas y voceros informados y capacitados sobre los temas de salud sexual y reproductiva.

Las reuniones y talleres de capacitación y sensibilización estarán a cargo del Equipo Técnico de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, o la que haga sus veces, en coordinación con la Oficina de Comunicación del MINSA.

En los niveles regionales, estará a cargo de las Responsables de Salud Sexual y Reproductiva y las oficinas de comunicaciones de la DIRESA/GERESA o quienes hagan sus veces, a través de sus



M. Pun Ch.



Unidades Ejecutoras, y se encargarán de la adecuación de los mensajes a su escenario de riesgo, con la asistencia técnica del nivel nacional.

6.2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RELACIONADAS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

a) Prevención del Cáncer Ginecológico

La prevención del cáncer del cuello uterino y de mamas forma parte de la atención integral de salud de la mujer y es un aspecto a tener en cuenta para una adecuada prescripción de los métodos anticonceptivos. Se debe tomar muestras de secreción cervical o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) anualmente y realizar el examen clínico de mamas.

b) Prevención de la Violencia Basada en Género (VBG)

En la provisión de métodos anticonceptivos se debe realizar la detección de la VBG a todas las usuarias de salud sexual y reproductiva, mediante la aplicación de las fichas de tamizaje, que permite identificar el riesgo o la situación de víctima de VBG.

Si se identifica como mínimo un signo positivo de riesgo de VBG se debe brindar, según la capacidad resolutoria de los servicios, orientación/consejería en VBG y articular con otros servicios públicos del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP y/o la Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente - DEMUNA (servicios sociales, atención psicológica), según la realidad territorial, para abordar, prevenir y controlar el riesgo de VBG identificado.

c) Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH)

Se deben implementar los procesos de orientación/consejería y tamizaje serológico mediante la prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil que acuden a los servicios de planificación familiar en los establecimientos de salud¹⁰.

6.3. ORIENTACION/CONSEJERÍA

El personal de los servicios de salud sexual y reproductiva, y planificación familiar debe tener en cuenta que:

- La orientación/consejería debe brindarse a toda persona interesada en espaciar, limitar o postergar su fecundidad. En caso de que la persona opte por algún método desde la primera consulta, excepto Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), éste podrá ser prescrito, luego de la evaluación profesional y siempre que se cuente con la/el proveedora/or capacitada/o para ello.
- Se debe proporcionar información, orientación/consejería y apoyo educativo a la/el usuaria/o para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos, en cuanto a características de los métodos femeninos y masculinos, mecanismos de acción, eficacia anticonceptiva, beneficios, contraindicaciones, efectos colaterales y signos de alarma.
- Se debe hacer énfasis en la relación entre las características de los métodos y los deseos de la/el usuaria/o y/o de la pareja. Se debe poner especial atención en la seguridad, eficacia y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos así como de sus características: indicaciones, beneficios y/o limitaciones, necesidades de seguimiento, signos de alarma, y buen uso.
- Se debe dar orientación/consejería diferenciada a los siguientes:
 - Usuaris/os que soliciten métodos anticonceptivos permanentes.
 - Usuaris/os que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
 - Mujeres que se encuentren en el período posparto o posaborto.



M. Pun Ch

¹⁰ Directiva Sanitaria N° 020-Minsa/DGSP-V01 Directiva Sanitaria para la implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los servicios de planificación familiar, aprobada con Resolución Ministerial N° 164-2009/Minsa



- Personas analfabetas, con el fin de garantizar una toma de decisión informada.
 - Personas en situación de violencia sexual.
 - Personas viviendo con VIH/SIDA (PWVIH/SIDA).
 - Personas con antecedentes de tumores que se afectan con hormonas sexuales: Cáncer de mama, endometrio y hepático.
 - Personas con enfermedades sistémicas graves: hepáticas o diabetes mellitus (cualquier tipo).
 - Procesos tromboembólicos activos o con antecedentes de ellos.
 - Adolescentes.
 - Otros que soliciten información o el servicio.
- Para facilitar la atención en orientación/consejería en planificación familiar, se seguirá el Modelo de los cinco pasos:
 - Primer paso: Establecer una relación cordial
 - Segundo Paso: Identificar las necesidades de la/el usuaria/o
 - Tercer Paso: Responder a las necesidades de la/el usuaria/o.
 - Cuarto paso: Verificar la comprensión de la/el usuaria/o
 - Quinto paso: Mantener la relación cordial.
 - Se empleará la Estrategia de Orientación/consejería para brindar de manera eficiente la información requerida por la/el usuaria/o; que permita una elección informada del método.
 - La Anticoncepción de Emergencia puede ser utilizada cuando que se hayan tenido relaciones sexuales sin protección, en caso de violaciones, o si ocurrió una equivocación con el uso de un método anticonceptivo, o ruptura del condón. Es suministrado por el personal de salud, previa consejería. Debe usarse dentro de los 3 días posteriores al sexo sin protección. Cuanto antes se tomen la AE después del evento, es más eficaz.

6.4. OTRAS DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Para la atención integral en planificación familiar a las/os usuarias/os en los servicios de salud del ámbito de aplicación de la presente norma técnica de salud, se ha dispuesto lo siguiente:

- a) Para optar por un método anticonceptivo, incluso los definitivos, se requiere la decisión informada y personal de la/el usuaria/o, previa orientación/consejería. Los métodos quirúrgicos y los invasivos deben contar con su respectivo consentimiento firmado.
- b) La intervención, los exámenes de laboratorio, el riesgo quirúrgico y la hospitalización en el caso del bloqueo tubario bilateral son gratuitos en los establecimientos de salud públicos que cuenten con categoría para ello.
- c) Las personas serán tratadas con dignidad, con respeto a sus derechos y costumbres. Se garantizará la privacidad y confidencialidad.
- d) Se brindará especial atención a los derechos de las personas iletradas.
- e) Está prohibido inducir a las/os usuarias/os la aceptación de cualquier método anticonceptivo, valiéndose de engaños u ocultando información así como toda forma de presión, coacción, violencia o manipulación sobre las personas, sus familiares o su representante legal.
- f) Ninguna autoridad, en ningún nivel administrativo o de servicio dispondrá de metas obligatorias o cuotas de personas o métodos anticonceptivos en los establecimientos o por el personal de la salud. Tampoco se dispondrán incentivos, gratificaciones o sanciones relacionados al número de personas usuarias/os de métodos anticonceptivos.



M. Pun Ch.



- g) El aborto no es considerado un método de planificación familiar.
- h) Toda persona puede asistir cuantas veces considere necesario a los servicios públicos de planificación familiar para atención de control, aclarar dudas asociadas al método y cambio o cese de opción anticonceptiva. Estas consultas son gratuitas.
- i) Los establecimientos deben adecuar sus horarios de atención de planificación familiar a las necesidades de la población, aunque estos no sean necesariamente los horarios regulares.
- j) Los establecimientos deben buscar estrategias para atender las necesidades de planificación familiar de su población de varones, adolescentes, población migrante e indígena, previos estudios antropológicos de ser posible o de conocimientos, actitudes y prácticas de la población.
- k) La población adolescente, que acuda a los establecimientos de salud en busca de planificación familiar, se les brindará todos los servicios.
- l) Toda complicación, atribuible al uso de un método anticonceptivo provisto por los establecimientos de salud, deberá ser reportada por el responsable del servicio de planificación familiar apenas sea detectada, al/la responsable del nivel inmediato superior, para tomar las medidas necesarias y proveer los recursos y facilidades para el manejo de la complicación. Asimismo, se debe reportar las sospechas de reacciones adversas a productos farmacéuticos y reportes de incidentes adversos a dispositivos médicos mediante los formatos correspondientes a lo establecido por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID). En el caso de sospecha de reacciones graves o fatales en un máximo de 24 horas de conocido el evento y si son leves y moderadas dentro de los plazos determinados por la DIGEMID.
- m) El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), las Diresas, Geresas, Hospitales e Institutos, a través del área responsable de realizar la auditoría o la que haga sus veces, investigarán todos los problemas médicos graves y defunciones atribuibles directamente al uso de métodos anticonceptivos para determinar causas inmediatas y subyacentes. En los casos de muerte se harán las coordinaciones necesarias para la realización de la necropsia, dejando constancia de ello en la historia clínica. La autoridad de salud del nivel regional informará sobre los hechos de inmediato al nivel nacional, con la documentación pertinente.
- n) Las historias clínicas, prescripciones, indicaciones escritas, registros y reportes e informes deben ser redactadas con letra clara y legible y debidamente firmados y sellados (con número del Colegio Profesional) por los responsables.
- o) Para la planificación de la provisión de los Paquetes Iniciales Mínimos de Servicios- PIMS, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, o la que haga sus veces, deberá coordinar con el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) y la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) para la composición y distribución de los mismos.
- p) Los métodos anticonceptivos serán adquiridos por el CENARES, o quien haga sus veces, de acuerdo a la programación realizada por el IGSS/Diresa/Geresa y normas vigentes.

VII. COMPONENTES

7.1. COMPONENTE DE PRESTACIÓN: ATENCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

7.1.1 Evaluación clínica de la/el usuaria/o

El personal de la salud, que puede ser, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud, un médico/a gineco-obstetra, un médico/a general, un/a obstetra, realizará una evaluación integral de las/os usuarias/os de los servicios de planificación familiar, cumpliendo con los siguientes aspectos: Anamnesis y Examen Físico (descrito en el Manual de Planificación Familiar que apruebe el Minsa).

7.1.2 Selección del método de planificación

Luego de la evaluación clínica de la/el usuaria/o, el personal de la salud, identifica los métodos anticonceptivos más apropiados para la/el misma/o. (Anexos N° 01 y 02 de la



M. Pun Ch



presente Norma Técnica de Salud). Las opciones anticonceptivas son: Temporales y Definitivos.

7.1.3 Prescripción del método anticonceptivo

Luego que el personal de la salud identifica las opciones anticonceptivas recomendables y que no afecte su salud de la/el usuaria/o, éste último realiza la elección del método correspondiente. (Anexo N° 02 de la presente Norma Técnica de Salud) Para la prescripción del método anticonceptivo, el personal de la salud debe considerar:

- Mecanismo de acción.
- Condiciones que contraindican el uso.
- Características.
- Efectividad o tasa de falla.
- Posibles efectos secundarios.
- Forma de uso.
- Seguimiento a la/el usuaria/o.

7.1.4 Aplicación o entrega de métodos anticonceptivos

- Debe proveerse en el consultorio o en los diferentes espacios de atención en planificación familiar, respetando la privacidad y confidencialidad de la/el usuaria/o.
- Se debe registrar en la historia clínica y otros formularios del sistema de información.
- A toda usuaria nueva de algún método anticonceptivo se le brindará atención integral de salud sexual y reproductiva, previa orientación/consejería, que incluya:
 - Examen de mamas y toma de Papanicolaou.
 - Tamizaje de Violencia Basada en Género.
 - Tamizaje con prueba rápida para VIH.

7.1.5 Atención de otras necesidades de salud

Si en la anamnesis y examen clínico se detectan otras necesidades de salud se procede a realizar la atención debida según la patología encontrada y teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la zona. (Anexo N° 03 de la presente Norma Técnica de Salud).

7.1.6 Control y Seguimiento de la/el Usuaria/o

- En el primer control se hará énfasis en evaluar la conformidad con el método, averiguar el estado de salud, uso correcto del método y la presencia de efectos secundarios. En los controles sucesivos se suministrará además los métodos anticonceptivos correspondientes según el esquema de programación de consultas, controles y nueva entrega de insumos de acuerdo al tipo de anticonceptivo (Anexo N° 04 de la presente Norma Técnica de Salud).
- Los establecimientos de salud realizarán coordinaciones con las instancias pertinentes (Redes y Microrredes) según nivel de complejidad, para el adecuado seguimiento de la/del usuaria/o de cualquier método anticonceptivo, creando una red de referencia.
- Los establecimientos deben facilitar el flujo ordenado de las/os usuarias/os del servicio de planificación familiar e integrarlo con otros servicios de salud sexual y reproductiva.
- En las/os usuarias/os de abstinencia periódica se hará énfasis en averiguar el grado de identificación de los períodos de abstinencia, periodo fértil, su satisfacción y la eficacia alcanzada con el método.
- En los controles anuales del implante, Dispositivo Intrauterino (DIU) o bloqueo tubario bilateral, según se indica en el Anexo N° 04 de la presente Norma Técnica de Salud, se deberá además evaluar si hay problemas de salud en general y en especial en salud sexual y reproductiva y realizar la toma de Papanicolaou y despistaje de cáncer de mamas.



M. Pun Ch.



- Si la/el usuaria/o no acude a los controles, deberán realizarse visitas domiciliarias para indagar los motivos de discontinuación de la asistencia al servicio, sensibilización para la continuación de las atenciones y realizar acciones preventivas de salud familiar según necesidad identificada.

7.2. COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

7.2.1. AMBIENTES PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Los ambientes donde se brinda el servicio de planificación familiar según nivel de atención, se describen en disposiciones generales (ítem 5.5)

Estos ambientes de atención deben tener las siguientes características:

- Privacidad visual y auditiva.
- El área donde se realiza el examen físico y ginecológico debe estar debidamente aislado del resto del ambiente de atención.
- Contar con baño propio.
- Debe estar acondicionado para facilitar la presencia de la pareja durante la atención.
- Debe contar con los insumos, materiales, equipos y mobiliarios necesarios para la atención (Anexo N° 05 de la presente Norma Técnica de Salud).

7.2.2. ÁREA PARA LA PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS DEFINITIVOS (AQV)

Los establecimientos de salud públicos que brinden atención con métodos anticonceptivos definitivos serán considerados desde las categorías II-1, II-2, III-1, III-2. Que cuenten con unidad prestadora de salud Centro Quirúrgico según norma de categorización vigente.

7.2.3. ATENCIÓN SEGÚN COMPETENCIA DEL PERSONAL DE LA SALUD:

El personal de la salud tiene la responsabilidad de realizar las atenciones de acuerdo a su competencia técnica. El personal de la salud debe actualizarse permanentemente en el uso y aplicación de los diferentes métodos anticonceptivos, así como en la atención integral de salud sexual y reproductiva. Para ello las actividades de capacitación deben presupuestarse en el presupuesto por resultado (PpR) en el nivel nacional y regional.

7.3. COMPONENTE DE GESTIÓN

7.3.1. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

El personal responsable de la programación de actividades en el establecimiento de salud debe considerar los siguientes criterios de programación anual:

A. ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva:

La usuaria orientada recibe:

- Dos (2) sesiones por treinta (30) minutos en el año en orientación/consejería general.
- Tres (3) sesiones por treinta (30) minutos en el caso de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina o Masculina (una sesión especial para AQV, otra después de las setenta y dos (72) horas otra sesión para la firma del consentimiento informado).

Programar:

Considerar el 30% del total de parejas protegidas programadas para el uso de métodos anticonceptivos (incluye a las usuarias nuevas al método, más la demanda insatisfecha).



M. Pun Ch.



Unidad de medida: Usuaria orientada

2. Captación de Mujeres con Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar

Programar

El porcentaje de demanda insatisfecha en planificación familiar consignada por cada departamento según ENDES¹¹ (de la población de mujeres en edad fértil programable).

Unidad de medida: Mujer captada para planificación familiar.

B. PROGRAMACION DE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Para establecer la programación anual se debe tener en cuenta lo siguiente:

Para establecer la cobertura ideal:

Con fines de programación, de la población total de mujeres en edad fértil se toma el 51.2% que es la prevalencia de usuarias de métodos de planificación familiar; se añade el 8.6% del total de MEF que es la demanda insatisfecha en planificación familiar y el 1.0% de falla de método anticonceptivo. En total se toma el 60.8% de las MEF para programación.

De este resultado le corresponde al MINSA o a los establecimientos de los gobiernos regionales atender al 51.9% de dicha población, siempre que haya otros proveedores de servicios de planificación familiar en la jurisdicción.

Este resultado corresponderá al total de parejas a proteger o población a atender.

Sin embargo, en los lugares donde no hay otro personal de la salud aparte del de la DIRESA, se debe considerar con fines de programación al 60.8% del total de MEF de la jurisdicción, y que son las que demandan planificación familiar.

Los hospitales deberán programar según tendencia de incremento de las atenciones en planificación familiar 30% adicional de parejas protegidas logradas con relación al año anterior.

El total de las mujeres en edad fértil que demanda planificación familiar, en adelante serán las parejas protegidas programadas, que se distribuye según mezcla anticonceptiva (Anexo 06) de acuerdo a la tendencia de consumo con los siguientes criterios:

I. Métodos de Abstinencia Periódica:

Unidad de Medida: Pareja protegida con métodos de abstinencia periódica.

- Método del ritmo o de la Regla.
- Método del moco cervical (Billings).
- Método de los días fijos o del Collar.

Se considera pareja protegida a la que recibe seis (6) atenciones de planificación familiar en un (1) año.

La usuaria recibe:

- Seis (6) atenciones al año de veinte (20) minutos cada uno.
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Estimar según mezcla anticonceptiva del método de abstinencia periódica, tomando como referencia el total de pareja protegidas a programar.

a Método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA):



M. Pun Ch.



¹¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2014. Lima: INEI

Unidad de medida: Pareja protegida con método de lactancia materna exclusiva y amenorrea.

Se considera como pareja protegida a la púerpera que acude a la consulta dentro de los primeros cuarenta y cinco (45) días y hace el uso del método hasta cumplir los seis (6) meses post parto.

La usuaria recibe:

- Dos (2) atenciones de veinte (20) minutos (entre los cuarenta y cinco (45) días y los seis (6) meses post parto).
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

II. Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral:

Unidad de Medida: Pareja protegida con anticonceptivo oral combinado.

Se considera pareja protegida a la que recibe trece (13) ciclos de anticonceptivo hormonal combinado oral en cuatro (4) atenciones de planificación familiar en un año.

La usuaria recibe:

- Cuatro (4) atenciones al año de veinte (20) minutos por pareja
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda del método de Anticoncepción hormonal oral combinado en la mezcla anticonceptiva para el ámbito regional.

1. Anticonceptivo Hormonal Combinado Inyectable Mensual:

Unidad de Medida: Pareja protegida con anticonceptivo inyectable mensual (estrógeno y progestágeno).

Se considera pareja protegida a la usuaria que recibe doce (12) atenciones con la aplicación del método en el año.

La usuaria recibe:

- Doce (12) atenciones al año de veinte (20) minutos por pareja incluye la aplicación del método
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.



M. Pun Ch



III. Anticonceptivo hormonal de sólo progestágenos inyectable trimestral:

Unidad de Medida: Pareja protegida con anticonceptivo inyectable trimestral (sólo de progestágeno).

Se considera pareja protegida cuando ha recibido cuatro (4) atenciones con la aplicación del método en el año.

La usuaria recibe:

- Cuatro (4) atenciones al año de veinte (20) minutos por pareja que incluye la aplicación del método anticonceptivo
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

IV. Métodos de Barrera - Condón masculino:

Unidad de Medida: Pareja protegida con Condón masculino.

Se considera pareja protegida a la que recibe cien (100) unidades de condones distribuidas en cuatro (4) atenciones, la primera al mes y las siguientes cada tres meses de planificación familiar en un año, en todos los niveles de atención.

La/el usuaria/o recibe:

- Cuatro (4) atenciones al año de veinte (20) minutos que incluye la entrega de condones.
- Examen de Papanicolaou (no para el caso de hombres).
- Examen de mamas (no para el caso de hombres).
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las/os usuarias/os que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

V. Métodos de Barrera - Condón Femenino:

Unidad de Medida: Pareja protegida con Condón femenino.

Se considera pareja protegida a la que recibe cien (100) unidades de condones distribuidas en cuatro (4) atenciones, la primera al mes y las siguientes cada tres meses de planificación familiar en un año, en todos los niveles de atención.

La usuaria recibe:

- Cuatro (4) atenciones al año de veinte (20) minutos que incluye la entrega de condones.
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

VI. Implante:

Unidad de Medida: pareja protegida con implante.

La usuaria recibe:

- Tres (3) atenciones de treinta (30) minutos por pareja, incluye la aplicación del método en usuaria nueva o re inserción, un control a los 3 días, luego al mes y una (1) atención por continuadora (anual).
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

- Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

VII. Dispositivos Intrauterinos (DIU):

Unidad de Medida: Pareja protegida con Dispositivo Intrauterino.

La usuaria recibe:

- Tres (3) atenciones de treinta (30) minutos por pareja, incluye aplicación del método en usuaria nueva o re inserción, un control a los 7 días, luego al mes y una (1) atención por continuadora (anual).
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.
- 1 visita de seguimiento a las usuarias que no acuden al establecimiento para su control.

Programar:

- Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

VIII. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina:

Unidad de medida: Pareja protegida con Bloqueo Tubario Bilateral.

Se considera pareja protegida a la mujer que se ha sometido al procedimiento quirúrgico de Bloqueo Tubario Bilateral, en el establecimiento de salud (desde la categoría II.1).

La usuaria recibe:

- Tres (3) atenciones; una (1) de evaluación previa y dos (2) de control pos procedimiento.



M. Pun Ch



(No incluye las tres (3) sesiones de consejería: la general, la específica para AQV, y la tercera después de las setenta y dos (72) horas para la firma del consentimiento informado).

- Una (1) intervención quirúrgica de sesenta (60) minutos y 1 día de hospitalización.
- Examen de Papanicolaou.
- Examen de mamas.
- Exámenes de Laboratorio (incluye tamizaje con prueba rápida para VIH y Sífilis).
- Tamizaje de Violencia Basada en Género.

Si la usuaria no acudiera al servicio para su control se deberá realizar dos (2) visitas domiciliarias (al tercer y séptimo día posoperatorio).

Programar:

Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

IX. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculino:

Unidad de medida: Pareja protegida AQV masculino.

Se considera pareja protegida a la que se ha sometido al procedimiento quirúrgico de vasectomía en el establecimiento de salud (desde la categoría II-1).

El usuario recibe:

- Tres (3) atenciones; una (1) de evaluación previa y dos (2) de control pos procedimiento, incluye la atención a los 90 días para el recuento espermático.

(No incluye las tres (3) sesiones de consejería: la general, la específica para AQV, y la tercera después de las setenta y dos (72) horas para la firma del consentimiento informado).

- Análisis de laboratorio (Incluye tamizaje con prueba rápida para VIH y sífilis).
- Una (1) intervención quirúrgica de treinta (30) minutos y 4 horas de observación.
- Entrega de treinta (30) condones pos procedimiento.
- Si el usuario no acudiera al servicio para su control se deberá realizar dos (2) visitas domiciliarias (al tercer y séptimo día posoperatorio).

Programar:

- Del total de parejas protegidas programadas, se asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta, previo análisis de la demanda.

X. Anticoncepción de Emergencia:

Unidad de Medida: Usuaria protegida con anticonceptivo oral de emergencia.

Se considera usuaria protegida a la que recibe Levonorgestrel 1.5 mg (equivalente a 1 tableta 1.5 mg o 2 tabletas 0.75 mg) o el método de Yuzpe (8 tabletas de 30ug de etinilestradiol y 150ug de levonorgestrel) en una (1) atención de emergencia.

La usuaria recibe:

- Una (1) atención de treinta (30) minutos, incluyendo la orientación/consejería; se debe brindar en un lugar privado, asegurarle que habrá confidencialidad, escuchar atentamente y usar un lenguaje sencillo evitando los términos médicos. Se debe ofrecer que opte por un método de planificación familiar en el momento o en la próxima atención, recalcando que el AE es solo de emergencia y debe evitarse su uso repetido.
- Tamizaje con prueba rápida para VIH y sífilis, según el caso.
- Tamizaje de Violencia Basada en Género según el caso.
- Tratamiento para ITS según el caso.

Programar:



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Del total de usuarias protegidas programadas, se asignará el porcentaje según demanda de la anticoncepción oral de emergencia para el ámbito regional

7.3.2. DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A. SUMINISTRO DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS UTILIZADOS COMO ANTICONCEPTIVOS

El sistema de suministro tiene como objetivo establecer responsabilidades, facultades, procesos y procedimientos para la implementación y funcionamiento de la atención en planificación familiar.

Las responsabilidades de las direcciones del MINSA en el suministro de métodos de planificación familiar, se detalla en el siguiente cuadro:

PROCESO DE SUMINISTRO DE ANTICONCEPTIVOS

PROCESOS	RESPONSABILIDADES			
	DGIESP	DIGEMID	CENARES	IGSS/DIRESA/ GERESA/ DIREMID
Selección	Proponer la inclusión de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, necesarios para planificación familiar en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – PNUME, vigente.	Incluir los productos farmacéuticos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – PNUME vigente, previa evaluación		Conformar Comités Farmacológicos en esas instancias. Formular Petitorio Regional de Medicamentos Esenciales
Programación	Formular los Criterios Técnicos de Programación.		Coordinar, supervisar y consolidar la estimación de necesidades teniendo en cuenta los criterios técnicos de programación	<u>DIREMID:</u> Estimar y programar la meta anual de atención de usuarias de la Región. Estimar la necesidad anual de los medicamentos estratégicos para los EESS de su jurisdicción



PROCESOS	RESPONSABILIDADES			
	DGIESP	DIGEMID	CENARES	IGSS/DIRESA/ GERESA/ DIREMID
Adquisición		Determinar las pruebas críticas para el control de calidad	Realizar la compra Centralizada* de los Productos de Abastecimiento de acuerdo a marco legal vigente	Efectuar los procesos de adquisición para garantizar el abastecimiento continuo y oportuno de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos para las intervenciones sanitarias**.
Almacenamiento y Distribución			Recibir, almacenar y custodiar los anticonceptivos aplicando las Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDT) correspondiente	Establecer el flujo de distribución de los anticonceptivos a los almacenes de las Redes de salud utilizando la Guía de Remisión.
Uso	Proponer la actualización de las normas técnicas de salud	Difundir la información de consumo		<u>EES:</u> Entrega de métodos anticonceptivos a usuarias de los servicios de acuerdo a norma vigente

* Productos de Abastecimiento Centralizado son aquellos adquiridos y financiados por el nivel nacional.

**Productos farmacéuticos y dispositivos médicos para las intervenciones sanitarias son aquellos que deben ser adquiridos y financiados por las respectivas DISA/DIRESA/GERESA.

Para una adecuada gestión de existencias de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos necesarios para planificación familiar, se requiere llevar a cabo las siguientes actividades:

a. EN LA DISA/DIRESA/GERESA:

- La/el responsable regional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, debe efectuar la programación anual en los plazos que correspondan de acuerdo a los criterios de programación establecidos por el nivel nacional, y la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).
- La Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMID), previa coordinación con la/el responsable regional de Salud Sexual y Reproductiva, debe realizar la programación y el requerimiento anual. Además debe realizar el requerimiento trimestral, para incorporar los ajustes necesarios según su demanda atendida, el mismo que será enviado al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) o quien haga sus veces, en los plazos establecidos.



M. Pun Ch.



- Efectuar la recepción y verificación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en el Almacén Especializado de Medicamentos del IGSS/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces y garantizar las buenas prácticas de almacenamiento en las diversas dependencias del ámbito respectivo.
- Efectuar el abastecimiento a los establecimientos de salud en coordinación con la/el responsable de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.
- Para la utilización de Métodos de Planificación Familiar no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, el Director/a de Salud Sexual y Reproductiva tiene que presentar el sustento técnico a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), para su evaluación correspondiente tal como lo establece la Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales"

b. EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

- La/el responsable de farmacia coordinará con la/el responsable de Salud Sexual y Reproductiva, todas las actividades relacionadas con el manejo y movimiento de métodos anticonceptivos.
- La/el responsable de farmacia asignará al consultorio de planificación familiar, una cantidad de anticonceptivos suficiente para la atención de las/os usuarias/os, en forma diaria o por un periodo máximo de una semana de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud. Puede haber una provisión extraordinaria en caso de realizarse una jornada o actividad masiva de salud con entrega de métodos anticonceptivos.
- La entrega de medicamentos a las usuarias se realizará en el servicio de planificación familiar o el que haga sus veces, previa prescripción de la Receta Única Estandarizada, la misma que deberá ser firmada por la usuaria al recibir el medicamento.
- Los dispositivos médicos anticonceptivos (preservativo masculino, preservativo femenino y dispositivo intrauterino) deben estar disponibles en el servicio de planificación familiar o el que haga sus veces.
- La utilización de métodos anticonceptivos temporales que conforman actividades de planificación familiar no constituyen tratamientos médicos.
- Para el reabastecimiento de métodos anticonceptivos, la/el responsable del consultorio de planificación familiar, dará cuenta de las cantidades utilizadas, debiendo entregar al responsable de Farmacia las recetas debidamente registradas, quedando constancia del abastecimiento y reabastecimiento con la firma de ambas/os responsables.
- En caso de una provisión extraordinaria por actividad masiva, el responsable de planificación familiar dará cuenta de la salida de métodos anticonceptivos a más tardar al día siguiente útil de realizarse la actividad.
- La información de ingresos y consumos debe ser registrada adecuadamente en la Tarjeta de Control Visible (TCV) de farmacia o almacén según corresponda.
- La utilización de los métodos anticonceptivos se realizará tomando en consideración la fecha de vencimiento del stock existente, debiendo garantizar el uso de los lotes más próximos a su fecha de vencimiento. La información de ingresos y salidas debe ser registrada en el Informe de Consumo Integrado de Medicamentos (ICI) de farmacia, reporte con carácter de declaración jurada. La responsabilidad de la información recae en la/el responsable de farmacia y el jefe del establecimiento de salud. El stock reportado en el ICI debe coincidir con el stock físico existente en el servicio de farmacia incluyendo el stock existente en el consultorio de planificación familiar. Este informe debe ser de conocimiento y aprobación de la/el responsable de Salud Sexual y Reproductiva.
- La/el responsable de farmacia, realizará el control de existencias máximas y mínimas, de acuerdo a los criterios que se detallan en el siguiente cuadro:



M. Pun Ch.



NIVELES DE EXISTENCIAS MÁXIMOS Y MÍNIMOS RECOMENDADOS

Nivel de Distribución		Nivel Mínimo	Nivel Máximo	Periodo de Reabastecimiento y/o Capacidad de Almacenamiento
1er.	Almacén Central Lima	6 meses de CPM	12 meses de CPM	Trimestral
2do.	Almacén o Sub-almacén Especializado de la DISA/DIRESA/GERESA	2 meses de CPM	6 meses de CPM	Trimestral
3er.	Establecimiento de Salud	1 meses de CPM	6 meses de CPM	Mensual o de acuerdo a la realidad geográfica de accesibilidad periódica al EESS

$$\text{Consumo Promedio Mensual (CPM)} = \frac{\text{Consumo Acumulado de últimos 12 meses}}{12}$$

- La/el responsable de farmacia, conjuntamente con la/el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento, realizarán por lo menos una vez al año, un inventario físico de existencias. Si hubiera faltantes de suministros se debe proceder según la Directiva de Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED, aprobada por Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM.
- La/el responsable de farmacia debe conservar por no menos de 2 años la documentación correspondiente a los ingresos y salidas de los métodos anticonceptivos como son: tarjetas de control visible, informes mensuales de consumo (ICI), recetas únicas estandarizadas, notas de devolución, formatos de requerimiento, guías de remisión, entre otros.
- La/el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento de salud debe realizar mensualmente los registros de planificación familiar del consultorio de planificación familiar y hospitalización los cuales sustentaran la entrega o salida de los métodos anticonceptivos a las/os usuarias/os.
- La/el responsable de farmacia, conjuntamente con la/el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento, debe efectuar constantemente el análisis de disponibilidad de los métodos anticonceptivos tomando en consideración el stock existente en el establecimiento y el número de usuarios esperados, debiendo en base a dicho análisis solicitar el responsable de farmacia en los plazos establecidos la correspondiente reposición de stock que garantice el abastecimiento necesario.

7.3.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Se debe disponer de los indicadores de salud pertinentes, con el objetivo de tomar decisiones para mejorar la calidad de atención, por lo que se debe recolectar información a través del sistema único de información dispuesto por la Oficina General de Estadística e Informática, que actualmente es el HIS (Anexos N° 07 y 08 de la presente Norma Técnica de Salud). También podrá hacer uso de los siguientes formularios de registros:
 - Formato SIS 240 Diario en establecimientos de salud con FONE I, FONE II y FONI. (Anexo N° 09 de la presente Norma Técnica de Salud).
 - Reporte Mensual de PF (Anexo N° 10 de la presente Norma Técnica de Salud).



M. Pun Ch.



- Tarjeta de Control de Citas para la/el usuaria/o (Anexo N° 11)
- Formato de seguimiento de usuarias/os en establecimientos de salud con FONP y FONB (Anexo N° 12)
- Historia clínica materno perinatal - SIP 2000 (Anexo N° 13)
- La persona que brinda la atención es la responsable del llenado y codificación del registro diario de atención HIS y de otros formularios (SIS 240 diario, Tarjeta de citas, Formato de seguimiento, HCMP – SIP2000).
- El personal de estadística, revisará la información registrada y su codificación antes de ingresarla al software del HIS.
- La información consolidada del mes será revisada y coordinada con la/el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento antes de ser enviada a los puntos de digitación regional de la oficina de estadística. para consolidación y estas a su vez, la enviarán al IGSS /DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, en las fechas correspondientes.

7.3.4. MONITOREO Y EVALUACION DE INDICADORES

Para la realización del monitoreo y evaluación de los avances de las actividades de planificación familiar se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.

A nivel Nacional:

- Tasa global de fecundidad
- Tasa de fecundidad general
- Prevalencia de uso de anticonceptivos
- Necesidad insatisfecha de planificación familiar
- Demanda total de planificación familiar
- Porcentaje de parejas protegidas

A nivel Regional:

- Tasa global de fecundidad regional
- Prevalencia de uso de anticonceptivos a nivel regional.
- Necesidad insatisfecha de planificación familiar a nivel regional.
- Demanda total de planificación familiar en la región.
- Porcentaje de parejas protegidas en la región.

A nivel de los Establecimientos de Salud:

- Porcentaje de parejas protegidas en el establecimiento de salud.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil captadas que acceden a un método anticonceptivo.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil que orientación/consejería en planificación familiar.
- Porcentaje de púerperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento de salud egresan habiendo recibido orientación/consejería sobre los métodos anticonceptivos.
- Porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que han sido atendidas en el establecimiento con FONB (funciones obstétricas neonatales básicas) o FONE (funciones obstétricas neonatales esenciales) egresan debidamente informadas sobre los métodos de planificación familiar.
- Porcentaje de usuarias/os que acuden a los servicios de planificación familiar y que están satisfechas con la atención recibida. (Anexo 14)

La ficha técnica de los indicadores de evaluación se ubica en el Anexo N° 15.



M. Pun Ch.



- **Evaluación de desempeño del personal de la salud:** La mejora del desempeño está referida a las actividades destinadas a subsanar aspectos específicos de una buena práctica que no están siendo ejecutados por un servicio. Siendo las buenas prácticas de atención, los procesos y procedimientos de atención que han probado alcanzar un resultado deseado y se enmarcan en una determinada perspectiva normativa o un parámetro consensuado. Las buenas prácticas establecen las acciones que se deben realizar, y la forma de hacerlas correctamente, con la intención de obtener un resultado deseado, respaldadas en la norma o en las mejores evidencias disponibles. Para la evaluación en planificación familiar se ha determinado herramientas específicas (Anexo N° 16 de la presente Norma Técnica de Salud).

7.3.5. SEGUIMIENTO

El seguimiento a las/os usuarias/os de métodos de planificación familiar es determinante en el logro de los objetivos trazados. Dicho seguimiento se realizará según la caracterización de las/os usuarias/os y se establecerá un cronograma de atenciones para su respectiva cita.

Asimismo, se realizarán visitas domiciliarias a las usuarias que no asistan a sus controles.

7.4. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

- El MINSA, las GERESA/DIRESA/IGSS o las que haga sus veces en el nivel regional, así como las redes y microrredes y establecimientos de salud del nivel nacional garantizarán la implementación de la presente Norma Técnica de Salud, incorporándola en el Programa Presupuestal Estratégico de Salud Materno Neonatal del Presupuesto por Resultado o de aquel que lo reemplace.
- Los establecimientos de salud del sector público deberán implementar las disposiciones de la presente Norma Técnica. Los establecimientos de salud que pertenecen a ESSALUD, gobiernos regionales, gobiernos locales, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, deben garantizar el financiamiento de las actividades a las que hace referencia la presente norma.
- El Nivel Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, promoverán el apoyo privado y la cooperación externa para la implementación de la presente norma técnica de salud.

VIII. PROCEDIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

8.1. SELECCIÓN Y PRESCRIPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN PERFIL DE LA/EL USUARIO/O

Teniendo en cuenta la calidad de atención en los servicios de Planificación Familiar, es de especial interés que en la prescripción de los métodos anticonceptivos, los proveedores tengan en cuenta los múltiples factores individuales o del contexto; así como, el perfil de la/el usuaria/o, en la selección adecuada del método. Por ello, los proveedores de la atención deben estar capacitados en el conocimiento de:

- C1 Eficacia de los Anticonceptivos
- C2 Signos y Síntomas de Patologías Graves durante el uso de Métodos Anticonceptivos
- C3 Patologías Médicas que hacen especialmente riesgoso el embarazo.
- C4 Criterios Médicos de Elegibilidad de los MAC

A continuación se detalla a cada uno de ellos:

C1 EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Acerca de:

- Tasa de embarazo por cada 100 mujeres por 12 meses
- Uso consistente y correcto
- Como se usa comúnmente
- Pueden ser:
 - Muy eficaz
 - Eficaz



M. Pun Ch.



- Moderadamente eficaz
- Menos eficaz

EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Tasas de Embarazos no Deseados cada 100 Mujeres

Método de planificación familiar	Tasas de Embarazo Primer Año (Trussell*)		Tasa de Embarazo 12 meses (Cleland & Ali#)	Clave
	Uso consistente y correcto	Como se lo usa comunmente	Como se lo usa comunmente	
Implantes	0.05	0.05		0-0.9 Muy eficaz
Vasectomía	0.1	0.15		
DIU de Levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilización femenina	0.5	0.5		1-9 Eficaz
DIU de cobre	0.6	0.8	2	
MELA (para 6 meses)	0.9*	2 ^c		
Inyectables mensuales	0.05	3		
Inyectables de progestina sola	0.3	3	2	Moderadamente eficaz
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7	
Píldoras de progestina sola	0.3	8		
Parche combinado	0.3	8		
Anillo vaginal combinado	0.3	8		Menos eficaz
Condomes masculinos	2	13	9	
Método de la ovulación	3			
Método de los Dos días	4			
Método de los Días Estándar	5			
Diafragma con espermicidas	6	16		
Condomes femeninos	5	11		
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		15	21	
Retiro	4		11	
Espermicidas				
Capuchón cervical				
Sin método	85	85	85	

- * Tasas fundamentalmente de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher R y col., editores. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007 (en imprenta). Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89-96.
- # Tasas para países en desarrollo. Fuente: Cleland J y Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004; 104(2): 31 4-320.
- La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de 4 estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como es usada comúnmente es de Kennedy KJ y col. Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996;54(1): 55-57.
- Tasa de embarazo para mujeres que tuvieron partos.
- Tasa de embarazo para mujeres que nunca tuvieron partos.

Fuente: Hatcher R.Col. editores 2007



M. Pun Ch.



PORCENTAJE DE MUJERES QUE EXPERIMENTAN UN EMBARAZO NO DESEADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE USO ANTICONCEPTIVO TÍPICO Y PERFECTO, Y PORCENTAJE DE CONTINUADORAS AL FINAL DEL PRIMER AÑO.

Método	Mujeres que experimentan un embarazo no deseado durante el primer año de uso anticonceptivo		Continuadoras al final del primer año
	Uso típico	Uso perfecto	
No usa método	85%	85%	
Espemicidas	29%	18%	42%
Abstinencia periódica	25%	4%	51%
Condón masculino	15%	2%	53%
Condón femenino	21%	5%	49%
Píldoras combinadas y solo de progestinas	8%	0.3%	68%
Parche	8%	0.3%	68%
Anillo vaginal	8%	0.3%	68%
Acetato de Medroxiprogesterona depósito	3%	0.3%	56%
Inyectables combinados	3%	0.5%	-
DIU T de Cobre 380 ^a	0.8%	0.6%	78%
DIU Levonorgestrel	0.2%	0.2%	80%
Implante	0.05%	0.05%	84%
Anticoncepción quirúrgica femenina	0.5%	0.5%	100%
Anticoncepción quirúrgica masculina	0.15%	0.10%	100%
Anticoncepción oral de emergencia	NA	NA	NA
MELA	NA	NA	NA

Fuente: Hatcher R.Col. editores 2007

C2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PATOLOGÍAS GRAVES DURANTE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son raras en su presentación pero es importante ser reconocidas para su manejo inmediato.

Patologías:

- Trombosis de venas profundas
- Embarazo ectópico
- Ataque cardíaco
- Trastornos hepáticos



M. Pun Ch.



- EIP
- Embolia Pulmonar
- Reacción alérgica severa al látex
- ACV
- Síndrome de shock tóxico

C3 PATOLOGÍAS MÉDICAS QUE HACEN ESPECIALMENTE RIESGOSO EL EMBARAZO.

Las mujeres con condiciones clínicas en las cuales el embarazo no planificado pueda ser un riesgo de salud inadmisibles, deberán ser informadas que, debido a su alto porcentaje de fallas en el uso típico, el uso de los métodos de barrera para la anticoncepción y los métodos de anticoncepción de abstinencia periódica, pueden no ser la elección más adecuada para ellas. Estas condiciones son:

- Cáncer de mama
- Cáncer de ovario
- Cáncer de endometrio
- Hipertensión arterial severa
- Valvulopatía cardíaca complicada
- Cardiopatía isquémica
- ACV
- Gonorrea, Clamidia, vaginosis bacteriana
- VIH/SIDA
- Tuberculosis
- Esquistomosis hepática
- Diabetes insulín dependiente
- Anemia falciforme
- Cirrosis hepática grave
- Tumores malignos hepáticos

C4 CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

Son los criterios médicos de elegibilidad elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para iniciar el uso de métodos anticonceptivos. Se basa en las recomendaciones de reuniones científicas, en la que se han planteado las condiciones o enfermedades que podrían afectar la elegibilidad para el uso de un método anticonceptivo temporal.

Categorías para Métodos Temporales:

Sistema de categorización simplificado en dos categorías

Categoría	Con juicio clínico	Juicio clínico limitado
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	
3	Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados	



M. Pun Ch.



4	No se debe usar el método
---	----------------------------------

- En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una ligadura de trompas.
- Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplaze el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

Categorías para AQV Femenina

Acepta (A)	No hay razón médica para negar el método a una usuaria con esta patología y circunstancias
Precaución (C)	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales
Demore (D) o postergue	El uso del método deberá postergarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos
Especial (S)	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentado, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad de decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario derivar o si se posterga por algún motivo.

En todos los casos que se realice AQV se debe contar con un médico especialista o con competencias, asimismo con anesthesiólogo en establecimientos calificados como PES para AQV.

Para evaluar con mayor detalle cada método ver criterios médicos de legibilidad. (Anexo 1)

8.2. METODOS ANTICONCEPTIVOS:

8.2.1 MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Este método está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual. Se incluyen: Método del ritmo, Método del moco cervical (de Billings) y Método de los días fijos o método del Collar.

Fundamentos Fisiológicos y Conductuales

El Periodo fértil es episódico ya que la Ovulación se produce una vez en cada ciclo menstrual, la sobrevivencia del ovulo es de 12 – 24 horas y la sobrevivencia de los espermatozoides es de 5 días aproximadamente, en el tracto genital femenino.

Las mujeres deben tener la capacidad de reconocer el periodo fértil

Las parejas deben tener la capacidad y motivación para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles.

a. MÉTODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO:



M. Pun Ch.



Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso:

- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación y/o sangrado inter menstrual.
- Adolescentes que aún no han regularizado su ciclo menstrual y mujeres en la peri menopausia.
- Personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual.
- En el post parto o post aborto reciente.
- Durante la lactancia materna.

3. Características:

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres que por diversas razones no desean usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación/consejería apropiada.
- Los periodos de abstinencia para algunas personas pueden parecer prolongados
- Su eficacia puede afectarse por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicio y otros.
- No protegen de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Efectos colaterales

- No causa efectos colaterales

6. Forma de uso

- La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.
- El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
- De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:
 - Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.
 - Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
 - De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19no día del ciclo menstrual.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

7. Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, y luego cada año para una atención integral de salud sexual y reproductiva.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año, en cualquier nivel de atención.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.



M. Pun Ch



b. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Infecciones, conización, enfermedades o uso de medicamentos (Litio, antidepresivos, tricíclicos, ansiolíticos, óvulos) que alteren o afecten el moco cervical.
- Utilizar con precaución en mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de lactar. ebe brindarse orientación/consejería sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

3. Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para reconocer características fisiológicas del moco, facilitando su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.
- Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA, ni HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso:

- La mujer debe identificar el periodo fértil de acuerdo a las características del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de miccionar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.
- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (sólo la hoja de seguimiento para registro).
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, luego cada año.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año, en cualquier nivel de atención.



M. Pun Ch.



- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

c. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DEL COLLAR

Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual.

3. Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva con ciclos regulares entre 26 y 32 días.
- Apropiado para parejas que por diversas razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso

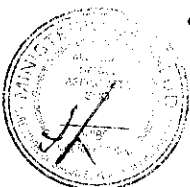
- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 días.
- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.
- Se ofrece como ayuda visual el "collar" que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo móvil para marcar el día del ciclo en el que está la mujer:
 - Una perla roja que representa el primer día de menstruación.
 - Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.
 - Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.
 - Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de la menstruación la mujer debe colocar el anillo de hule negro en la perla roja, y anotarlo en el calendario.
- La mujer debe avanzar el anillo de hule negro todos los días, y debe abstenerse de tener relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.



M. Pun Ch.

6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumo en las visitas de seguimiento, salvo caso de pérdida o deterioro del collar.



- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, y luego cada año.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año, en cualquier nivel de atención.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

8.2.2. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AMENORREA (MELA)

Único método natural, basado en la infertilidad temporal de la mujer durante la lactancia.

1. Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia materna exclusiva.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Mujeres portadoras de VIH SIDA, HTVL.1
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.

3. Características

- Criterios básicos: La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:
 - Lactancia exclusiva a libre demanda o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche.
 - Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.
 - Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.
- Fácil de aplicar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses.
- No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH/SIDA, ni HTVL1.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

4. Limitaciones: Depende de la usuaria, circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método. Las madres portadoras de VIH o HTVL 1 no deben dar de lactar.

5. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 1 embarazo por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.
- Falla de uso o uso típico 2 embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días postparto y luego según lo requiera, abandono de la lactancia materna exclusiva y/o aparición de la menstruación.
- Se considera pareja protegida a la que recibe la segunda atención en MELA a los 6 meses, en todos los niveles de atención.
- Asegurarse que al cumplir los seis meses de post parto y/o abandono de la lactancia materna exclusiva y/o aparición de la menstruación, reciba la orientación/consejería para la elección de un método alternativo.



M. Pun Ch.



- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

8.2.3. MÉTODOS DE BARRERA

Basados en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo. Se incluyen: Condón masculino, condón femenino y espermicidas.

a. CONDÓN MASCULINO

Funda delgada de látex, lubricada, sin nonoxinol 9, que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual.

1. Mecanismo de Acción:

- Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Alergia o hipersensibilidad al látex.

3. Características

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos colaterales (alergia al látex).
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto otorga doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA y HTVL1.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.
- Condiciones de almacenaje:
 - El ambiente debe ser seco.
 - Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
 - Asegurar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).
 - Antes de distribuirlos el proveedor debe revisar la integridad del sobre y asegurarse que mantiene la sensación de "almohadilla de aire".

4. Tasa de Falla

- Falla teórica o de uso perfecto 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Posibles efectos secundarios y su tratamiento

- Irritación del pene o la vagina por alergia.
- Tratamiento: higiene vulvoperineal y aplicación de una crema antipruriginosa y antiinflamatoria.
- Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.

6. Forma de uso

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo).
- Verificar la fecha de manufactura en el sobre, no deberá ser mayor de cinco años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Si fuera necesario, se puede usar lubricantes solo a base de agua y no oleosos.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo.



M. Pun Ch.



- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.

7. Programación de seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 condones.
- Citar a la/el usuaria/o al primer mes para evaluar el uso adecuado del método y entregarle la provisión de 30 condones para los siguientes 3 meses.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones.
- Se considera pareja protegida cuando recibe 100 condones en el año en 4 atenciones.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.

b. CONDON FEMENINO

El Condón Femenino es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual.

1. Mecanismo de acción

- Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.

2. Condiciones que contraindican el uso de condones femeninos

- Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.
- No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

3. Características

- Tiene un anillo blando y flexible en cada extremo.
- El anillo interno sirve para colocarlo en la vagina y mantenerlo en el lugar, y el anillo externo permanece fuera de la vagina y cubre parte de los genitales externos.
- La decisión de usarlo depende de la mujer.
- Puede ser colocado antes del coito, evitando interrupciones durante la relación sexual.
- No requiere de erección para colocarlo y no necesita retirarse de inmediato una vez concluido el coito.
- Es una excelente opción para las mujeres y hombres que son alérgicos al látex.
- Permite que la relación sexual se sienta más natural, pues al ser muy bien lubricado permite que el material se caliente a la temperatura del cuerpo. Adicionalmente se puede usar lubricantes tanto oleosos como a base de agua.
- La lubricación del condón femenino puede ayudar a las mujeres con sequedad vaginal a sentir más comodidad y placer.
- Ofrece doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual /VIH y SIDA.
- Brinda mayor protección frente a ITS que tengan úlceras o vesículas, como el herpes y el chancro blando, pues el condón femenino cubre gran parte de los órganos genitales externos de la mujer
- No debe ser usado simultáneamente con el condón masculino.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso

- Informar que se puede usar en cualquier momento en que la usuaria lo desee.
- Se debe usar un nuevo condón femenino para cada acto sexual.
- Explicar a la usuaria:
 - Que revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no debe utilizarlo. Evitar el uso del condón pasada su fecha de vencimiento (3 años).
 - Lavarse las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.



M. Pun Ch.



- Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.
- Antes de ningún contacto físico o penetración, introducir el condón en la vagina.
- Elegir una posición en que se esté cómoda para la inserción (en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada).
- Sostener el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Apretar el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio.
- Sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón.
- Sosteniendo el condón con los tres dedos de una mano, con la otra mano separar los labios de la vagina.
- Colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.
- Luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina. Unos 2,5 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo.
- Asegurar que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior. El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón y no entre el condón y la pared de la vagina.
- Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, colocar otra vez el condón en su sitio.
- Después de que el hombre retira su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirarlo de la vagina
- Sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura, no en el inodoro.
- Utilizar un condón nuevo con cada relación sexual.
- Si la mujer desea utilizar lubricantes, utilizar a base de agua. Colocar una a dos gotas de lubricante en el extremo de la funda por fuera, alrededor del anillo del condón por dentro, o donde considere necesario.

6. Programación de seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 condones femeninos.
- Citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método. Sin embargo, la usuaria puede retomar en cualquier momento luego de agotado su provisión.
- Continuadoras llevarán 30 condones femeninos para los siguientes 3 meses.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones.
- Se considera pareja protegida cuando ha recibido 100 condones femeninos en el año en 4 atenciones.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

c. ESPERMICIDAS

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9.

1. Mecanismo de acción

- Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

2. Condiciones que contraindican el uso de espermicidas

- Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.

3. Características:

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Requiere una motivación constante.



M. Pun Ch.



- Está relacionado con el coito.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
- No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV-SIDA.

4. Tasa de falla:

- Falla teórica o de uso perfecto 18 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 29 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Forma de uso

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- La mujer debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura sólo hasta una hora después de colocado.
- Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo óvulo, tableta vaginal o gel.
- No usar después de su fecha de vencimiento.
- Guardarse en un lugar fresco y seco.

6. Programación de Seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 tabletas vaginales.
- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método.
- Sin embargo, la usuaria puede retornar en cualquier momento luego de agotado su provisión.
- Continuadoras llevarán 30 tabletas vaginales para los siguientes 3 meses.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 tabletas vaginales.
- Programar que las parejas o usuarias acudan cada año para una atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Se considera pareja protegida cuando ha recibido 100 tabletas vaginales en el año en 04 atenciones.

8.2.4. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Se dividen en dos grandes grupos: Anticonceptivos Hormonales Combinados y Anticonceptivos Hormonales solo de Progestina.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluyen: Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos hormonales combinados de depósito, Parche hormonal combinado, Anillo vaginal combinado.

Los anticonceptivos sólo de progestina incluyen: Píldoras sólo de progestina, Inyectables solo de progestina de depósito, Implantes solo de progestina, Anillo vaginal solo de progestina.

8.2.4.1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

A. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral. El desarrollo de los AOCs ha generado diversas clasificaciones:

- Según la dosis de Estrógenos:
 - **AOC de alta dosis:** Formulaciones con EE mayor o igual de 50 mcg.



M. Pun Ch.



- **AOC de baja dosis:** Contienen EE <50 mcg. En el mercado se encuentran formulaciones de 35, 30, 20 y 15 mcg de EE.
 - Según la variación de estrógenos y progestágenos en el curso del ciclo:
 - **Monofásicos:** Contienen la misma cantidad de estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos activos.
 - **Trifásicos:** Poseen 3 fases. La primera contiene baja concentración de ambos compuestos. En la segunda ambas hormonas aumentan su concentración, y en la tercera, el estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta.
- 1. Mecanismos principales de acción**
- Supresión de la ovulación.
 - Espesamiento del moco cervical.
- 2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados**
- Embarazo posible o confirmado.
 - Sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
 - Lactancia hasta antes de los seis meses del post parto.
 - En los primeros 21 días del post parto sin lactancia.
 - Hepatitis viral aguda.
 - Tumor hepático
 - Cirrosis severa
 - Tabaquismo: En mujeres mayores de 35 años y más de 15 cigarrillos por día.
 - Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.
 - Hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o diastólica mayor o igual a 100 mm Hg
 - Evidencia de enfermedad vascular
 - Trombosis venosa profunda incluyendo antecedente.
 - Embolismo pulmonar.
 - Antecedente de isquemia cardiaca, enfermedad valvular, cardiomiopatía.
 - Antecedente de accidente cerebro-vascular.
 - Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidicos positivos.
 - Cáncer de mama
 - Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardiaca o retinopatía.
 - Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.
 - Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina, anticonvulsivos, griseofulvina, excepto ácido valproico.
 - Migraña con aura a cualquier edad.
- 3. Características**
- Muy eficaz.
 - Método dependiente de la usuaria.
 - Requiere una motivación continua y uso diario.
 - No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
 - Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
 - Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
 - Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
 - Regulariza los ciclos menstruales.
 - Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
 - Disminuye la patología benigna de mamas.
 - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
 - La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.
 - Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.



M. Pun Ch.



- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por especialista.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

5. Posibles efectos secundarios:

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea

Si se presentan cualquiera de estos efectos secundarios debe ser evaluada por médico especialista.

6. Forma de uso

- Toma diaria.
- Inicio del método:
 - Entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual.
 - En caso de iniciarse la toma después del quinto día, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
 - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
 - En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención
- En los siguientes ciclos:
 - En los productos de 28 píldoras: Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
 - En los productos de 21 píldoras: Se deja de tomar las píldoras por 7 días y se reinicia la toma al octavo día.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). Debe reiniciarse con la siguiente menstruación y un intervalo no menor de dos semanas del alta.
- Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado:
 - En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
 - Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por privación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
 - En caso de olvido de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial.

7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el método, para evaluar el adecuado uso, así como la provisión de los mismos.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada cuatro meses para la entrega de los 4 Blíster.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja creen necesario o si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Dolor pélvico.



M. Pun Ch.



- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.
- Se considera pareja protegida cuando reciben 13 blíster de AOC en 4 atenciones en el año.
- Programar que las parejas o usuarias acudan cada año para una atención integral en salud sexual y reproductiva.

B. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS DE DEPÓSITO: INYECTABLE COMBINADO

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones:

- 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

1. Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales inyectables. VER CONDICIONES QUE CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Forma de uso

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.
- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual.
 - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses
 - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
- Sigüientes dosis:
 - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.

6. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria antes de a los 30 días de iniciado el método, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los sigüientes controles de seguimiento provisión del método serán cada mes.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.



M. Pun Ch.



C. PARCHE HORMONAL COMBINADO

El parche hormonal combinado consiste en un parche adhesivo pequeño (20 centímetros cuadrados no es 4 x 4) que se coloca en la piel. El parche libera estrógeno y progestina a través de la piel y en la sangre.

Cada parche hormonal combinado transdérmico contiene:

- Norelgestromina 6.00 mg
- Etinilestradiol 0.60 mg

1. Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados VER CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo para su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Regulariza los ciclos menstruales
- Disminuye la incidencia de dismenorrea
- Puede mejorar el acné y reducir el crecimiento excesivo de vello no deseado
- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos secundarios

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea
- Irritación de la piel
- Mastalgia

6. Forma de uso

- El parche puede colocarse en los glúteos, la parte superior de la espalda o el brazo o en el abdomen. Su uso no interfiere las actividades regulares, como al bañarse, hacer ejercicio o nadar.
- El parche se inicia el primer día del ciclo y se usa uno por semana por tres semanas consecutivas.



M. Pun Ch.



- Durante la cuarta semana, se suspende el uso del parche y ocurre el sangrado por privación. Al cabo de la cuarta semana, se coloca un parche nuevo y el ciclo se repite. Deberá aplicar el parche el mismo día de la semana aun si todavía está sangrando.
- El parche también se puede usar como un método anticonceptivo de dosis continua. Para hacerlo, deberá aplicarse un nuevo parche el mismo día de cada semana sin omitir ninguna una semana. El uso del parche de esta manera reducirá el sangrado de la menstruación o evitará que esta ocurra.
- Debe usar un método anticonceptivo de respaldo durante la primera semana del primer ciclo según el día en que se encuentre de su ciclo menstrual cuando comience a usar el parche. Es cuando inicia tardíamente?

7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria a los 30 días de iniciado el método, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los siguientes controles de seguimiento serán cada tres meses.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

D. ANILLO VAGINAL COMBINADO

El anillo vaginal es un anillo delgado, transparente y flexible que se inserta en la vagina una vez por mes para proporcionar protección anticonceptiva. Contiene estrógeno y progesterona que son liberados en forma continua y a baja dosis

Cada anillo vaginal contiene:

- Etinilestradiol 2.7 mg
- Etonogestrel 11.7 mg

1. Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados VER CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.

3. Características

- Fácil de usar.
- Se usa por tres semanas.
- No interrumpe las relaciones sexuales
- No protege contra infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH/SIDA.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año

5. Posibles efectos secundarios más frecuentes usualmente temporales y al inicio de su uso.

- Flujo vaginal
- Irritación vaginal
- Dolor de cabeza
- Aumento de peso
- Náuseas
- Sangrado irregular
- Mastalgia
- Expulsión espontánea del anillo vaginal
- Aumento o variación de peso



M. Pun Ch.



6. Forma de uso

- El anillo puede colocarse cualquier día entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual.
- Para insertar el anillo vaginal, la mujer adopta una posición que le permite insertar el anillo fácilmente (por ejemplo, en cuclillas, recostada o de pie con una pierna levantada).
- El anillo se comprime entre el dedo pulgar y el índice y se inserta en una posición cómoda en la vagina. El anillo vaginal debe tomar una ubicación cómoda en la vagina; si el anillo da incomodidad, podría ser necesario empujarlo suavemente un poco más hacia adentro.
- El anillo no necesita ser colocado alrededor del cuello uterino, ya que la posición del anillo en la vagina no es crítica para el logro de su eficacia. La forma circular y la flexibilidad del anillo permite un buen ajuste, minimizando el riesgo de expulsión.
- Una vez insertado, el anillo debe quedar en su lugar durante 3 semanas, y luego extraerlo el mismo día de la semana en que fue insertado.
- El anillo se extrae enganchándolo con el dedo índice por debajo del borde, o sujetando el borde con el dedo mayor y el índice y tirando hacia fuera suavemente.

7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria en la semana que este sin anillo, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los siguientes controles de seguimiento serán cada tres meses.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

8.2.4.2. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO DE PROGESTINA

A. PILDORAS SOLO DE PROGESTINAS

Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

1. Mecanismo de acción

- Inhiben parcialmente la ovulación y espesa el moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales solo de progestinas (Píldoras, inyectables de depósito, implantes)

- Embarazo posible o confirmado.
- Hepatitis viral aguda
- Tumor hepático
- Cirrosis severa
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad, diabetes e hipertensión arterial (mayor de 160/100 mm Hg)
- Evidencia de enfermedad vascular
- Embolismo pulmonar
- Antecedente de isquemia cardíaca
- Antecedente de accidente cerebro-vascular
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidicos positivos
- Cáncer de mama
- Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardíaca o retinopatía
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina. Se repite rifampicina

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- En condiciones ideales se debe realizar previamente una evaluación clínica general, en caso no ser posible esta podría postergarse en otra consulta.
- Se puede utilizar en el post parto inmediato



M. Pun Ch.



- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna
- No aumenta el riesgo de fenómenos tromboticos o embolicos venosos.
- Método alternativo en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1.

4. Tasa de falla

- Falla teórica es 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año
Falla de uso típico es 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año

5. Posibles efectos secundarios

- Cefalea
- Cambios en el apetito, pérdida o aumento.
- Tendencia a presentar ciclos menstruales irregulares.
- Amenorrea
- Mastalgia
- Nauseas
- Mareos
- Depresión
- Aumento ligero en el peso.
- Posibles efectos secundarios leves y secundarios.

6. Forma de uso

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
 - Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día de la menstruación, debe usarse un método de respaldo (método de barrera o abstinencia) durante los primeros siete días de uso.
 - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto sin embargo podría ser utilizado antes de las seis semanas en caso de: en características dice que se puede usar
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - Como estrategia de no poder tener seguimiento adecuado de la usuaria.
 - En los primeros cinco días post aborto.
- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.

7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes para evaluar el adecuado uso del método.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento cada 3 meses hasta cumplir el primer año, luego cada año.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.



M. Pun Ch.



- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Sangrado abundante.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

B. INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA.

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (AMPD) Y ENANTATO DE NORETISTERONA (EN-NET)

Son aquellos que contienen sólo progestágeno:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg. X 1 ml. Para uso intramuscular
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. Para uso subcutáneo
- Enantato de Noretisterona (EN-NET) X 200mg. Para uso intramuscular.

1. Mecanismos de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación en un 50%.

2. Condiciones que contraindican el uso de Inyectables anticonceptivos de depósito hormonales solo de progestinas

- Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático).
- Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV.
- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente.
- Antecedente de cáncer de mama.
- Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, tales como hipertensión o diabetes

3. Características

- Altamente efectiva y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nullparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total, 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular. Esta situación se presenta en menor medida con EN-NET.
- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor de 2 años) produciría disminución de la densidad ósea.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos.
- Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen:
 - Puede mejorar la anemia.



M. Pun Ch.



- o Disminución de crisis de anemia falciforme.
- o Prevención de cáncer de endometrio,
- o Protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), miomas uterinos y endometriosis.
- o En caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones
- o Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares).
- El retorno de la fertilidad puede demorar más que con los otros métodos hormonales (entre 4 meses a un año), en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos secundarios (menos frecuentes con EN-NET)

- **Sangrado irregular** (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)
 - Mujeres que utilizan la inyección de depósito presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
 - Para un alivio moderado a corto plazo, puede prescribir de Ibuprofeno 800 mg 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a ingerirlos cuando se inicia el sangrado irregular.
 - Si esta medicación no ayuda se puede indicar uno de los siguientes esquemas comenzando cuando se inicia el sangrado irregular:
 - Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel. Un comprimido por día durante 21 días.
 - Etinil estradiol 50 mcg de diariamente durante 21 días.
- **No presenta menstruación**
 - Algunas mujeres que utilizan inyectables dejan de tener menstruaciones, no siendo nosivo para su salud.
- **Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)**
 - Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y puede disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.
 - Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, comenzando cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de Anticonceptivos orales las dosificaciones de 50 mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.
 - Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro.
 - Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.
- **Cefaleas comunes (no migrañosas)**
 - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.
 - Toda cefalea que aparezca con el uso de los inyectables debe ser evaluada.
- **Acné**
 - Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar cambiar a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.
 - Considere medicamentos disponibles localmente.
- **Alteraciones en el peso**
 - Revisar la dieta y asesorar según corresponda.
- **Tensión mamaria**
 - Recomendar el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño.)
 - Utilizar compresas frías o calientes.
 - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.



M. Pun Ch.



- **Infección en el sitio de inyección (rubor calor, dolor, pus)**
 - Limpiar el área infectada con agua o jabón antiséptico.
 - Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- **Dolor abdominal severo**
 - Si bien es raro, pero se debe estar alerta ante la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.
 - Sospechar de esta entidad clínica si se presenta:
 - Dolor abdominal inusual
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.
 - Vahídos.
 - Mareos.
 - El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados
 - Seguimiento a las 6 semanas

6. Forma de uso

- Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg. X 1 ml. administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y sin realizar masaje post aplicación.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. administrar por vía subcutánea.
- Enantato de Noretisterona 200 mg X 1 ml, administrar por vía intramuscular.
- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.
 - Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interrumpe la lactancia.
 - En los primeros cinco días post aborto.
- Sigüientes dosis:
 - En el caso de AMPD administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.
 - En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el método así como para la provisión del mismo.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

C. IMPLANTES SOLO DE PROGESTINA

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles, no biodegradables, que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. No contienen estrógenos. Requiere de un proveedor entrenado para insertarlo y retirarlo. Las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales.

Tipos de implantes:

- Implante de un cilindro, que contienen 68 mg de etonogestrel, el tiempo de duración es de tres años.
- Implante de dos cilindros que contienen levonorgestrel, con un tiempo de duración de cinco años, si pesa menos de 60 kilos, si pesa más, el tiempo se reduce a cuatro años.

1. Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante).



M. Pun Ch



- Supresión de la ovulación.
 - Reducción del transporte de los óvulos en las Trompas de Falopio.
- 2. Condiciones que contraindican el uso de implantes:**
- Sangrado vaginal inexplicado antes de evaluación
 - Trombosis en venas profundas de miembros o pulmones
 - Cáncer de mama
 - Hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.
 - Estar recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato, o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes.
- 3. Características**
- Eficacia elevada y de larga duración.
 - No interfiere con el sexo.
 - Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
 - Brinda protección de tres a cinco años.
 - Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
 - No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
 - No afecta la lactancia.
 - Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica).
 - Puede disminuir los cólicos menstruales.
 - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
 - Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular).
 - Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
 - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1.
- 5. Tasa de falla**
- Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración.
 - 0.05% falla teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres).
 - Para las mujeres con un peso de 80 kg o más la tasa de embarazos usando los dos implantes fue de 6 por 100 al quinto año de uso, por lo que se recomienda que las usuarias los cambien a los 4 años. Estudios sobre el implante de 01 cilindro no encontraron que se reduzca su eficacia en el tiempo de uso aceptado.
- 6. Manejo de posibles efectos más frecuentes**
- **Sangrado irregular (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)**
 - Muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
 - Para un alivio moderado a corto plazo, puede indicarse 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando se inicia el sangrado irregular.
 - Si esta medicación no ayuda se puede seguir los siguientes esquemas, comenzando cuando se inicia el sangrado irregular:
 - Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel. Un comprimido por día durante 21 días.
 - Etilnil estradiol de 50 mcg de diariamente durante 21 días.
 - **No menstrua**
 - Hay mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruaciones, no siendo nocivo para su salud.
 - **Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)**
 - Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y tiende a disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.



M. Pun Ch.



- Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, iniciándolo cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de Anticonceptivos orales las dosificaciones de 50 mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.
- Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro.
- Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.
- **Cefaleas comunes (no migrañosas)**
 - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.
 - Toda cefalea que aparezca con el uso de implantes debe ser evaluada.
- **Acné**
 - Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar el cambio a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.
 - Considere medicamentos disponibles localmente.
- **Alteraciones en el peso**
 - Revisar la dieta y asesorar según corresponda
- **Tensión mamaria**
 - Recomendar el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).
 - Utilice compresas frías o calientes.
 - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.
- **Infección en el sitio de inserción (rubor calor, dolor, pus)**
 - No retirar los implantes.
 - Limpiar el área infectada con agua o jabón antiséptico.
 - Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
 - Si no desaparece la infección, retirar los implantes.
- **Dolor abdominal severo**
 - Si bien es raro, pero se debe estar alerta ante la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.
 - Sospechar de esta entidad clínica si se presenta:
 - Dolor abdominal inusual
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.
 - Vahídos.
 - Mareos.
 - El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:
 - La mujer puede seguir utilizando los implantes mientras se le evalúa.
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados.
 - Seguimiento a las 6 semanas.

7. Forma de uso

- Se puede insertar preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos. Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces.
- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no ha vuelto la menstruación antes de los 6 meses post parto, sin método de respaldo. Si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tiene ciclos menstruales.
- Se pueden insertar en el post aborto, colocar en los primeros cinco días post evacuación. Si se colocan después de necesita utilizar un método de respaldo.
- Debe ser colocado por profesional de salud capacitado.

8. Programación de seguimiento:



M. Pun Ch.



- Es necesario citar a la usuaria a los siete días para examinar el lugar de la inserción y al mes de iniciado el uso, para su evaluación.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Posteriormente brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

8.2.5. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

A. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE TCu 380 A

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. En los establecimientos públicos de salud se dispone de la T de Cobre 380 A que tiene una duración de hasta 12 años.

1. Mecanismo de Acción

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

2. Condiciones que contraindican el uso del Dispositivo Intrauterino T de Cobre: 380 A

- Embarazo.
- Post parto de 48 horas a cuatro semanas.
- Sepsis puerperal.
- Post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado.
- Sangrado vaginal inexplicable antes de la evaluación.
- Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
- Tuberculosis pélvica.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.
- SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales.

3. Características

- Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años, no interfiere en el coito y es inmediatamente reversible.
- Debe ser colocado por un proveedor entrenado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la inserción.
- Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial los tres primeros meses.
- Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.
- Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.
- Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU. Los proveedores de servicios deben orientar a la usuaria sobre las conductas personales y las situaciones en su comunidad que puedan exponer a las mujeres a las ITS.

4. Tasa de falla

- Falla teórica de 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Tasa promedio acumulada de falla en 12 años de 2.2%

5. Posibles efectos o complicaciones más frecuentes

- Amenorrea
 - Evaluar y descartar embarazo, incluyendo embarazo ectópico.



M. Pun Ch.



- **En caso de embarazo:**
 - El DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto y parto prematuro incluyendo pérdida de embarazo infectado (séptico) durante el primer o segundo trimestre.
 - Explicar los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La remoción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento mismo de remoción implica riesgo de pérdida del embarazo.
 - Advertir que es mejor retirar el DIU.
 - Si la usuaria accede a la remoción y se cuenta con médico capacitado retirar el DIU con mucho cuidado o derivar a la usuaria a un establecimiento de mayor complejidad para su remoción.
 - Explicar que debe regresar de inmediato en caso de que presente algún signo de pérdida de embarazo o infección (sangrado vaginal, calambres, dolor, flujo vaginal anormal, o fiebre).
 - Si elige mantener el DIU, su embarazo debe ser controlado en un establecimiento con mayor capacidad resolutoria.
 - Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical solicitar una ecografía para determinar si el DIU está aún en el útero. Si es así, o si no hay ecografía disponible, el embarazo debe controlarse estrictamente.
- **Dismenorrea severa**
 - Brindar orientación/consejería sobre el método.
 - Uso de ibuprofeno 400 mgrs cada ocho horas o paracetamol 500 mgr. cada seis horas u otros analgésicos disponibles.
- **Sangrado vaginal leve o moderado**
 - Puede presentarse los primeros meses cambios en el sangrado.
 - En general, disminuyen después de los primeros meses de la inserción.
 - La usuaria puede acudir al establecimiento de salud para orientación.
- **Sangrado vaginal profuso**
 - Muchas mujeres que utilizan el DIU pueden presentar sangrado profuso o prolongado, generalmente se hace más leve o desaparece después de unos meses de uso.
 - Se puede disminuir el sangrado con:
 - Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empieza el sangrado profuso. Otros AINEs (excepto ácido acetilsalicílico) también pueden disminuir el sangrado.
 - Informe sobre la importancia de comer alimentos con hierro
 - Si es necesario, suministrar comprimidos de hierro.
 - Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, pensar en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método. Evaluar posibilidad del retiro del DIU y orientar a otro método.
- **Dolor abdominal o pélvico**
 - Puede presentarse calambres y dolor durante 1 ó 2 días después de la colocación del DIU.
 - Los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y habitualmente disminuye con el tiempo.
 - Recomendar ibuprofeno (400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otros analgésicos.
 - Si el dolor continúa y ocurre fuera de la menstruación, buscar patologías subyacentes.
 - Si no se encuentra ninguna patología subyacente y el dolor es severo, considerar la posibilidad de retirar el DIU.
 - Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, esto sugiere que no estaba en la posición correcta.
 - Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Estar alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico.
 - En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero eventualmente pueden volverse severos. Una combinación de estos signos o síntomas deberían hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:



M. Pun Ch.



- Dolor abdominal inusual.
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación-en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado.
 - Vahídos o mareos.
 - Desvanecimiento.
 - En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, o de ser necesario derivar para diagnóstico y atención inmediata.
 - Si la usuaria no presenta estos signos o síntomas adicionales, realizar exámenes para descartar enfermedad inflamatoria pélvica.
- **Sospecha de Enfermedad Inflamatoria pélvica (EPI)**
- Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico.
 - Si es posible, realizar examen abdominal y pélvico (por signos del examen pélvico que puedan indicar EPI).
 - Si no es posible realizar un examen pélvico y la usuaria presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospechar una EPI:
 - Descarga vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Dolor durante el coito o al orinar
 - Sangrado después del coito o entre menstruaciones
 - Náuseas y vómitos
 - Tumorción pélvica dolorosa
 - Dolor al presionar suavemente el abdomen o al soltar repentinamente después de presionar (dolor de rebote).
 - Tratar la EPI, o derivar a la usuaria inmediatamente para tratamiento:
 - Debido a las graves consecuencias de una EPI, los proveedores de salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas descritos anteriormente.
 - Debe iniciarse el tratamiento lo antes posible. La prevención de complicaciones a largo plazo será más eficaz si se administran los antibióticos adecuados de manera inmediata.
 - Tratar la gonorrea, chlamydia y las infecciones bacterianas anaeróbicas.
 - Asesorar a la usuaria sobre el uso del condón y si es posible, suministrarlos.
 - No hay necesidad de retirar el DIU, ella puede seguir usándolo siempre que responda al tratamiento. Si la mujer desea que se lo retiren, hacerlo antes de empezar el tratamiento con antibióticos.
- **Perforación uterina**
- Si existe sospecha de perforación en el momento de la colocación del DIU detener el procedimiento de inmediato y retirar el DIU si ya lo colocó.
 - Observar a la usuaria minuciosamente en el servicio:
 - Mantener a la usuaria en reposo en cama durante la primera hora y revisar sus signos vitales (presión, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
 - Si después de una hora la mujer se mantiene estable, si es posible examinarla, en búsqueda de sangrado intra abdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales.
 - Mantenerla en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede retirarse. La usuaria deberá abstenerse de relaciones sexuales por 2 semanas.
 - Brindarle orientación/consejería para que elija otro método.
 - Si la usuaria presenta aceleración del pulso y disminución de la presión sanguínea, o aparición de dolor o dolor en aumento en la zona del útero, dar atención especializada o derivar a un establecimiento con mayor capacidad resolutive
- **Cambios en el tamaño de los hilos (más cortos o largos) o ausentes**
- La mujer puede revisar los hilos del DIU, en especial en los primeros meses y después de una menstruación, para confirmar que el DIU está en su lugar



M. Pun Ch.



- Si los hilos están ausentes, realizar ecografía. Si el DIU está in situ, realizar la extracción del mismo y puede colocar uno nuevo. Si no se encuentra el DIU, colocar uno nuevo.
- **Pareja siente los hilos.**
 - Explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos.
 - Si a la pareja le molestan los hilos:
 - ✓ Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá los hilos, pero la mujer no podrá revisar en adelante los hilos del DIU.
 - ✓ Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del ectocérvix).

6. Forma de uso

- Se puede insertar:
 - En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
 - En el post aborto inmediato.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional de salud calificado.
- Inserción del dispositivo intrauterino con la "Técnica de No Tocar":
 - Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.
 - Colocar el espéculo y realizar la limpieza del cuello uterino y la vagina con una sustancia antiséptica.
 - Colocar el tenáculo en el labio anterior y realizar la histerometría.
 - Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.
 - Ubicar el calibrador del DIU a nivel del histerómetro
 - Sujetar el tenáculo del cuello del útero, y jalar firmemente para alinear el útero con el canal cervical.
 - Colocar suavemente el tubo de inserción a través del canal cervical.
 - Mantener el calibrador en posición horizontal.
 - Introducir el DIU cargado hasta que el calibrador toque el cuello del útero o se sienta el fondo uterino.
 - Sostener el tenáculo y la varilla blanca colocada en una mano.
 - Con la otra mano, retirar (jalar hacia usted) el tubo de inserción hasta que toque el pulgar que sujeta la varilla blanca. Esto liberará los brazos de la T Cu 380A en el fondo uterino.
 - Una vez que los brazos se hayan liberado, nuevamente empujar el tubo de inserción hacia el fondo del útero, hasta que se sienta una ligera resistencia. Este paso asegura que los brazos de la T están tan lo más arriba posible en el útero.
 - Sostener el tubo de inserción mientras retira la varilla blanca.
 - Retirar el tubo de inserción del canal cervical suave y lentamente. Los hilos deben sobresalir del útero de manera visible.
 - Cortar los hilos para que sobresalgan solo tres centímetros del ectocérvix
 - Retirar el tenáculo.
 - Si el cuello del útero está sangrando, realizar hemostasia por compresión en la zona de sangrado.
 - Retirar el espéculo
- Preguntar a la usuaria si tiene dudas y citarla en tres a seis semanas para control.

7. Programación de seguimiento

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las tres a seis semanas luego de la inserción.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja consideren necesario.
- Se considera pareja protegida cuando se ha colocado el DIU y ha tenido 3 atenciones en el año.



M. Pun Ch.



- Posteriormente, se realizara una atención cada seis a doce meses para promover una atención integral de la salud sexual y reproductiva.

B. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE PROGESTAGENO

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina, y liberan levonorgestrel, tiene una duración de 5 años.

Contienen 52 mg de levonorgestrel

1. Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno)

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.

2. Condiciones que contraindican el uso de dispositivo intrauterino liberador de progestágeno

- Embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Infección de transmisión sexual: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Tuberculosis pélvica.
- Infección puerperal.
- Infección post aborto.
- Anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Cáncer cervical.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Enfermedad del trofoblasto persistente.
- Cirrosis hepática.
- Tumores benignos o malignos hepáticos.
- Tumores dependientes de progestágenos

3. Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejora la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos tubáricos en relación a otros dispositivos intrauterinos.
- Del 2 al 10% se expulsan en forma espontánea.
- No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en las parejas en riesgo.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Posibles efectos o complicaciones más frecuentes

- Dismenorrea
- Trastornos menstruales.
- Perforación uterina.
- Hilos ausentes.
- Pareja siente los hilos.
- Acné.



M. Pun Ch.



- Cefaleas.
- Tensión y dolor mamario.

6. Forma de uso

- Evaluación pre inserción: Previamente a la inserción debe informarse a la usuaria de la eficacia, riesgos, características y efectos secundarios del DIU de progestágenos , Se debe realizar un examen físico incluyendo, examen ginecológico (tacto vaginal, determinar tamaño del útero, toma de muestra para PAP, examen de mamas). Descartar la existencia de embarazo y la presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Se puede insertar:
 - En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual, si existe la certeza razonable de que ella no está embarazada o está usando otro método.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
 - En el post aborto inmediato: En los primeros 5 días post aborto no complicado.
 - En cualquier momento que usted esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal de salud calificado.
- Inserción del dispositivo intrauterino debe ser con la "Técnica de No Tocar":

7. Programación de seguimiento

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las tres o seis semanas luego de la inserción.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Las citas subsiguientes se programara a los seis meses y posteriormente una vez al año para promover una atención integral en salud sexual y reproductiva.

8.2.6. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Son métodos anticonceptivos permanentes, que se realizan mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia.

Puede ser:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

A. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es impedir la unión de espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa con el fin de evitar la fertilización.

1. Mecanismo de acción

- Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo.

2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria:

- **Consideraciones psicosociales**
 - Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
 - Usuarías que han tomado su decisión bajo presión.
 - Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
 - Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
 - Mujeres en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
 - Adolescentes.
- **Consideraciones médicas** Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:



M. Pun Ch.



- **Cautela:** Utilizar con prudencia o precaución:
 - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Cáncer de mama.
 - Miomas uterinos.
 - Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana.
 - Hipertensión arterial leve, antecedentes de ACV o de cardiopatías sin complicaciones
 - Epilepsia.
 - Hipotiroidismo.
 - Cirrosis o tumores hepáticos.
 - Nefropatías.
 - Hernia diafragmática.
 - Obesidad.
- **Postergación o demora:**
 - Embarazo, puede realizarse después del embarazo.
 - Puerpera post preeclampsia severa o eclampsia.
 - Complicaciones post parto: anemia severa, infección.
 - Aborto complicado (hemorragia, infección).
 - Sangrado uterino anormal.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
 - Cervicitis purulenta.
 - Cáncer ginecológico.
 - Enfermedad trofoblástica maligna.
 - Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.
 - Infección cutánea abdominal.
- **Manejo especial en:**
 - VIH/SIDA.
 - Útero fijo a causa de cirugías o infecciones previas.
 - Endometriosis.
 - Hernia de pared abdominal o umbilical.
 - Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.
 - Conjunción de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión Moderada o severa.
 - Diabetes de más de 20 años.
 - Valvulopatía complicada.
 - Coagulación intravascular diseminada (CID).
 - Tuberculosis pélvica.
 - Patología pulmonar crónica.
 - Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones. (requieren otros especialistas).
 - Hipertensión severa.
- **Realizar con precaución en:**
 - Usuaria joven (menor de 25 años).
 - Usuaria sin hijos vivos.
 - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
 - Unión de pareja inestable.

3. Características

- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina
- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- No previene las ITS, VIH/ SIDA, ni el HTVL1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.



M. Pun Ch.



4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

6. Posibles complicaciones

- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección). Ver cuadro

Complicaciones	Manejo
Lesiones de la Vejiga o del Intestino.	Diagnosticar el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, reparar de inmediato. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, derivar la usuaria a un establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o nivel subcutáneo).	Tratar según los hallazgos.
Dolor en la incisión.	Determinar si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo).	Observar, por lo general se resuelve solo, pero podría requerir drenaje de ser muy extenso.
Infección de Herida.	Prescribir antibióticos. Dicloxacilina 500 mg c/6 horas, por 7 días. Si hay absceso, drenaje previo tratamiento antibiótico, y curación diaria.
Fiebre postoperatoria.	Determinar la causa y tratarla como corresponda.

7. Forma de uso

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo de intervalo, infraumbilical para el post parto.
- Otra alternativa sería la vía laparoscópica.
- Tipos de anestesia: local con sedo analgesia, epidural y general.
- No se recomienda la minilaparotomía en casos de usuarias con:
 - Antecedentes de cirugía pélvica previa.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
 - Retroflexión uterina fija.
 - Obesidad.
 - Problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
- En caso de alergias al anestésico local usar anestésico general.
- Momento de la intervención:
 - Post parto hasta las 48 horas.
 - En seis semanas o más post parto, siempre que no exista gestación.
 - Post aborto no complicado.
 - De intervalo, en cualquier momento, de preferencia en la primera mitad del ciclo.
 - Transcesárea.



M. Pun Ch.



8. Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite voluntariamente el método.
- Que la usuaria sea mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de orientación/ consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido sobre el tipo de intervención a que será sometida.
- Que haya tenido una evaluación médica completa, con énfasis en el examen pélvico Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubario debe ser realizado por medico gineco obstetra o medico general capacitado.
- El bloqueo tubario debe efectuarse en establecimientos de salud calificados como PES (Punto de Entrega de Servicios) para AQV.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anesthesiologo.
- Otras formas de realizar el bloqueo tubario son:
 - Por laparoscopia usando cauterización bipolar, bandas de silastic o clip de Hulka Clemens.
 - Por histeroscopia.
 - Aplicación intrauterina de crinacrina.

9. Disposiciones para el periodo post operatorio

- o Después del procedimiento la usuaria debe permanecer en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer hospitalizada como mínimo 24 horas en el Punto de Entrega de Servicio donde se realizó la intervención.
- o Entregar información por escrito, sobre los cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- o Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- o Luego de la intervención la usuaria deberá mantener descanso físico por 7 días.
- o El reinicio de la actividad sexual será determinada en la visita de seguimiento post operatorio y dependerá de las condiciones en las cuales fue realizada la cirugía.



M. Pun Ch.



Lista de verificación para bloqueo tubario bilateral

Condiciones	Diferir (*)	Diferir (**)	Precaución (***)
Grupos Obstétricos o aspectos quirúrgicos de pared abdominal			
Embarazo	X		
Post parto antes de 7 y 42 días	X		
Complicaciones serias post parto y post aborto (infección o hemorragia)	X		
Embarazo con mal resultado de pruebas serológicas post parto	X		
Enfermedad inflamatoria pélvica en los últimos 3 meses	X		
ITS activa	X		
Cáncer pélvico	X		
Enfermedad endometrial maligna	X		
Utero fijo debido a cirugía previa o infección		X	
Endometriosis		X	
Hernia (unilateral o pared abdominal)		X	
Cáncer de mamas actual			X
Condiciones cardiorrespiratorias			
Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar	X		
Enfermedad vascular incluyendo la relacionada a diabetes		X	
Presión arterial entre 140/90 y 160/100		X	X
Asimetría de impulsos de arterias o insuficiencia vascular		X	X
Enfermedad vascular cardíaca sin complicaciones			X
Antecedentes de enfermedades crónicas u otras condiciones			
Enfermedad vascular sistémica	X		
Insuficiencia renal	X		
Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor de 7 gr %)	X		
Enfermedad pulmonar crónica (enfisema o neumoía)	X		
Infecciones sistémicas o gastro enteritis moderada	X		
Cirugía abdominal de emergencia o infección abdominal al momento de la esterilización	X		
Cirrosis hepática severa		X	
Hipertensión		X	
Enfermedad pulmonar crónica		X	
SDA sin enfermedades intercurrentes		X	
Diabetes sin compromiso vascular			X
Anemia ferropénica severa moderada-leve (Hb entre 7 y 10 gr %)			X
Enfermedad renal			X
Desnutrición severa			X
Cirugía abdominal electiva al momento de decidir la AOV			X

(*) Postergar la intervención hasta que se resuelve el problema

(**) La intervención debe realizarse en un hospital de mayor capacidad resolutiva que cuente con médicos especialistas durante las 24 horas.

(***) Debe realizarse una evaluación más exhaustiva antes del procedimiento

Fuente: Criterios de elegibilidad

10. Programación de seguimiento:

- La usuaria será citada para su primer control el 3er día post operatorio y para el segundo control el 7mo día.
- Si la usuaria no acudiera a su control por la distancia o dificultades de inaccesibilidad se deberá realizar la visita domiciliaria.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda de inmediato al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes signos y/o síntomas:
 - Sintomatología urinaria.



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -MINSA/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Dolor pélvico o abdominal severo.
 - Sangrado por la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
 - Mareos o dolor de cabeza.
- Posteriormente serán citadas cada año para una evaluación integral de la salud sexual y reproductiva.

l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del intestino (raras)	Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trate según los hallazgos.
Dolor en incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplique fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación; por lo general, se resuelve con el pasar del tiempo, pero puede ser necesario drenarlo de ser muy extenso.
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drénelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria.
Fiebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda.

Fuente: Criterios de elegibilidad

- condón u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermograma.
- Provea de condones al usuario (30 condones).

k) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:

COMPLICACIONES	MANEJO
Inflamación excesiva	Prolongue el uso del soporte (suspensor). Tratamiento antiinflamatorio (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 7 días).
Equimosis	Tranquilice al usuario e informe que no requiere tratamiento y que se resolverá espontáneamente; si aumenta debe regresar al establecimiento.
Hematoma (escroto)	Mantenga al usuario bajo observación; por lo general, se resuelve espontáneamente en 1 a 3 semanas. Recomiende al usuario el uso de un soporte para el escroto (suspensor), según se requiera. Si es grande, puede ser drenado con el uso simultáneo de antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Se sugiere aplicar compresas frías.
Infección de la herida	Recomiende el uso de un soporte para el escroto (suspensor). De haber una infección cutánea, trátela con antibiótico. (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por 7 días) De haber un absceso, drénelo y administre antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Haga seguimiento cada 2 días.
Granuloma a nivel de la herida	Aunque es raro, de presentarse se recomienda cauterizarlo con nitrato de plata.



M. Pun Ch.



l) Programación de seguimiento:

- Los usuarios serán citados para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.

- Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
 - Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja creen necesario.
 - Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor escrotal o perineal severo.
 - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
-
- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer como mínimo 24 horas en el PES donde se realizó la intervención.
 - Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
 - Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
 - Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.

k) Programación de seguimiento:

- Las usuarias serán citadas para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.
- Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor pélvico o abdominal severo.
 - Hemorragia en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
 - Mareos o dolor de cabeza.

l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del intestino (raras)	1) Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trate según los hallazgos.
Dolor en incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplice fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación, por lo general se resuelve con el pasar del tiempo, pero podría ser necesario drenarlo de ser muy extenso.



M. Pun Ch.



COMPLICACIONES	MANEJO
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drénelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria
Fiebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda.

II) Otras formas de realizar de esterilización femenina

- Por laparoscopia usando cauterización bipolar, bandas de silastic o clip de Hulka-Clemens.
- Por histeroscopia.

DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N de Historia Clínica : _____

**Consentimiento Informado y
 Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas**

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo alargar en lugar de la Ligadura de Trompas. La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entra 4-10 por 100,000 Ligadura de trompas) Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente. Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo. Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas. Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme. Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud. Ni yo ni mi pareja ni mis parientes perderemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___

 Firma y sello del Personal
 Que brinda la orientación y consejería

 Firma de la Usuaria

Huella Digital


Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___ Nombre de el/la Testigo: _____



M. Pun Ch.



Firma de el/la Testigo D.N.I.		Huella Digital de el/la Testigo	
Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas			
Fecha de la Intervención ___/___/___			
Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas			
Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada			
Firma o Huella Digital de la usuaria		Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a	

B. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada como cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

1. Mecanismo de acción

- La oclusión de los conductos deferentes que impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.

2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica masculina voluntaria:

• Consideraciones psicosociales

- Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
- Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
- Varones en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellos mismos.
- Adolescentes.

- **Consideraciones médicas:** Según Categorías de la OMS todos los hombres pueden someterse a la vasectomía.

Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda:

- **Cautela:** Procedimiento puede realizarse con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
 - Lesión escrotal previa.
 - Gran varicocele o hidrocele
 - Testículo no descendido,
 - Diabetes.
- **Con precaución**
 - Menores de 25 años.
 - Usuario sin hijos vivos.
 - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
 - Unión de pareja inestable.
- **Postergación o demora:** realizar la vasectomía luego de ser tratada la patología.
 - Infección de transmisión sexual activa.
 - Glande, conductos espermáticos y testículos tumefactos, dolorosos o inflamados.



M. Pun Ch.



- Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal.
- Infección sistémica o gastroenteritis.
- Filariasis o elefantiasis.
- Depresión.

- **Medidas especiales:**

- Hernia inguinal, de ser capaz el proveedor debe hacer la hernioplastia más la vasectomía, si no es posible reparar primero la hernia.
- Testículos de ambos lados no descendidos.
- Trastornos de la coagulación.

3. Características

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Es realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia se garantiza cuando se demuestra que haya ausencia total de espermatozoides en una prueba de recuento.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado (gineco obstetra, urólogo o médico general capacitado).
- No previene las ITS, VIH/ SIDA, ni el HTVL1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.
- No existe el riesgo para cáncer de próstata o testicular.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

6. Posibles complicaciones

- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Inflamación severa.
 - Equimosis.
 - Hematoma.
 - Infección de la herida operatoria.
 - Granuloma.

Complicaciones	Manejo
Inflamación excesiva	Prolongue el uso de suspensor. Ibuprofeno 400 mg c/8 horas X 7 días.
Equimosis	Tranquile al usuario e infórmele que se resolverá solo sin tratamiento, si aumenta regresar a la consulta.
Hematoma (escroto)	Observación por lo general se reabsorbe en 1 a 3 semanas, recomendar el uso de suspensor. Si es grande drenaje y el uso de antibióticos: Cefalosporina 500 mg c/6 horas X 7 días. Aplicar compresas frías.
Infección de Herida	Recomendar el uso de suspensor, de haber infección cutánea, tratarla con antibiótico: Dicloxacilina 500 mg c/6 horas, por 7 días. De haber absceso drenaje y tratamiento antibiótico: Cefalosporina 500 mg c/6



M. Pun Ch.



	horas X 7 días. Seguimiento cada dos días.
Granuloma a nivel de la herida	Es raro, de presentarse se recomienda cauterizarlo con nitrato de plata.

7. Forma de uso

La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas:

- La convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto.
- La técnica sin bisturí, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.

8. Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el usuario solicite el método.
- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento).
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de orientación/consejería previa.
- Que haya comprendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya entendido sobre el tipo de intervención a que será sometido y firmado
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización vigentes.
- Se puede solicitar un espermograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.

9. Disposiciones para el periodo post operatorio

- Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 2 horas.
- Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Aplicar bolsa de hielo o bolsa plástica con 3 cubos de hielo por tres horas.
- Indicarle que deberá guardar reposo relativo por 5 días.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta en 20 eyaculaciones o 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del condón u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermograma.
- Provea de condones al usuario (30 condones).
- En usuarios con VIH deberán usar condón en toda relación sexual.

10. Programación de seguimiento:

- Los usuarios serán citados para su primer control al 3er y su segundo control al 7mo día.
- Posteriormente serán citados cada año para una evaluación de salud reproductiva integral. Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja creen necesario.
- Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor escrotal o perineal severo.
 - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.



M. Pun Ch.



- Fiebre y dolor local en la herida operatoria.

DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N° de Historia Clínica _____

Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

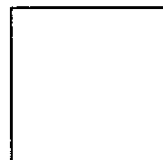
Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Vasectomía. La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes. Después de la Vasectomía no podré tener más hijos, su efecto es permanente. Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja. Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas. Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme. Puedo pedir más explicaciones sobre la Vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud. Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Vasectomía. Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la Vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ____/____/____

Firma y sello del Personal
que brinda la orientación o consejería

Firma del Usuario

Huella Digital



Si el usuario es analfabeto, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I.:

Huella Digital de el/la
Testigo



Autorización de intervención para Vasectomía

Fecha de la Intervención ____/____/____

Yo, _____, ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Vasectomía

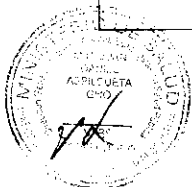
Yo, _____, con CMP _____, he verificado la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital del usuario

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a



M. Pun Ch.



8.2.7. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

Son todos los métodos hormonales que se usan en casos de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un condón, para evitar un embarazo no planificado.

Se utilizan:

- a. Método de Yuzpe se utilizan píldoras combinadas.
El esquema es el siguiente:
 - Píldoras con combinaciones de: Etinilestradiol 50 mcg y Levonorgestrel 250mcg, dos dosis de 2 tabletas cada 12 horas
- b. Método de sólo progestágeno: levonorgestrel
 - Levonorgestrel tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
 - Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.

1. Mecanismo de acción

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

2. Condiciones que no restringen el uso de la AE.

- Lactancia.
- Embarazo ectópico previo.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades reumáticas.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades gastrointestinales.

3. Indicaciones

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizó el condón.
- Se le olvidó de tomar más de dos píldoras de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Expulsó la T de cobre.
- Mal uso del método del ritmo.

4. Características

- No es un método para uso regular, debe de ser considerado como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo más pronto o dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.



M. Pun Ch.



5. Tasa de eficacia

- Cuando más pronto sea su uso, mayor será su eficacia.
- Los de solo progestágeno (levonorgestrel) hasta 95%.
- Los anticonceptivos combinados (Método de Yuzpe) hasta 75%.

6. Posibles efectos secundarios

- Los efectos secundarios descritos son: náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (uso de tabletas combinadas).
- Si la usuaria tiene antecedentes de náuseas o vómitos a la ingesta de hormonas, hay que indicarle una tableta de dimenhidrinato, media hora antes de tomar la anticoncepción de emergencia.
- Si la usuaria vomita la anticoncepción oral de emergencia antes de las dos horas, hay que indicarle otra dosis.
- Se deberá recomendar a la mujer que asista al establecimiento de salud, para indicarle anticoncepción regular previa orientación/consejería.

7. Modo de uso

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- **Método de Yuzpe:** Verificar la cantidad de etinil estradiol que contienen las píldoras combinadas y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, se tomarán dos dosis. Las que contienen etinil estradiol de 30 mcg se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 mcg se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una.
- **Método de sólo progestágeno:**
- Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
- Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.

8. Programación de seguimiento:

- En el caso de usuaria víctima de una violación deberá completar su estudio y tratamiento en un centro especializado según normatividad vigente.
 - Se debe orientar a la usuaria que acuda a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Sangrado menstrual escaso, hacer detección de embarazo.
 - Amenorrea, hacer detección de embarazo.
- Comprende también actividades de atención integral en salud sexual y reproductiva.

8.3. ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

- Las mujeres que acuden a la atención por un aborto incompleto deben recibir una atención integral con el fin de evitar complicaciones que pudieran conducir a una severa morbilidad o muerte. El tema de la anticoncepción debe abordarse antes, durante y después de la atención del aborto incompleto.
- Las mujeres deben estar informada que luego de un aborto, el periodo de espera para volver a embarazarse es de 6 meses, ya que con ello se disminuye la posibilidad de un nuevo aborto, anemia materna, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, parto prematuro y otras complicaciones. Por esa razón, deben utilizar un método anticonceptivo hasta que estén en óptimas condiciones para iniciar un embarazo.
- En el caso que la mujer elija un método anticonceptivo de larga duración (dispositivo intrauterino o implantes subdérmicos), debe proporcionársele inmediatamente después de la atención post aborto.
- Las adolescentes en el postaborto requieren una atención integral con orientación/consejería, especializada.
- La ovulación puede ocurrir dentro de las 2-3 semanas después del aborto. El 75% de las mujeres han ovulado dentro de las 6 semanas post-aborto habitual.
- El uso de métodos anticonceptivos en el post-aborto previene un embarazo no planificado, o en otros casos posibilita un lapso prudencial de 3-6 meses antes de la siguiente gestación recomendable en casos de aborto, evitando la posibilidad de otro aborto.
 - Aborto sin complicaciones en el primer trimestre: Cualquier método puede usarse inmediatamente.
 - Aborto sin complicaciones en el segundo trimestre: Cualquier método puede usarse inmediatamente, excepto el DIU y la ligadura de trompas.



M. Pun Ch.



- Aborto con complicaciones:
 - o Si hay infección no usar DIU ni ligadura de trompas
 - o Recomendar a la mujer evitar las relaciones sexuales mientras se cura de la infección.
 - o Usar condones si no se pueden evitar las relaciones sexuales.
 - o Si hay traumatismo genital no usar DIU, y posponer la ligadura de trompas, al menos que se realice durante una cirugía requerida. Posponer los métodos de barrera femeninos: espermicidas.
 - o Si hay hemorragia y anemia grave posponer el uso de los métodos que puedan aumentar o mantener la pérdida de sangre a corto plazo. No usar DIU, ligadura de trompas, implantes, ni inyectables.



M. Pun Ch.



8.4. ANTICONCEPCION POST PARTO

- El embarazo y el período postparto ofrecen una buena oportunidad para educar a mujeres y hombres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos, la nutrición materna, la lactancia materna y los métodos de anticoncepción.
- La anticoncepción durante el periodo de lactancia depende de: el método elegido, el riesgo de embarazo de cada mujer, la fertilidad observada en la comunidad, las consideraciones programáticas y una elección libre e informada.
- Es importante brindar orientación/consejería a las mujeres en el período postparto que estén dando de lactar, sobre el uso del método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (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 usuaria y al proveedor: tiempo para brindar información sobre otros métodos que pueden ser usados posteriormente.
- Cuando se analiza la necesidad de una anticoncepción efectiva, debe hacerse énfasis en la importancia de un método que no afecte de manera adversa el éxito de la lactancia o la salud del infante. Debe advertirse a las mujeres en período postparto y que no tengan intención de dar de lactar, que la fertilidad puede reiniciarse en un plazo de tres semanas después del parto.
- Los proveedores de servicios de planificación familiar deben apoyar la lactancia materna. La lactancia no debe interrumpirse para iniciar la anticoncepción.
- El método anticonceptivo no debe interferir con la lactancia ni con el crecimiento o la salud de los niños.
- Los métodos no hormonales son la primera opción, porque no afectan la duración de la lactancia ni el crecimiento de los niños:
 - Dispositivos intrauterinos.
 - Métodos de barrera.
 - Método de lactancia amenorrea.
 - Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina.
- Dispositivos intrauterinos:
 - T Cobre 380 A y DIU con levonorgestrel: La inserción en el post-parto inmediato.
 - No debe usarse un DIU en caso de sepsis puerperal.
- Métodos de barrera: no hay restricciones para su uso
 - Método de Lactancia Amenorrea (MELA): Cuando una mujer está en amenorrea y amamanta en forma exclusiva durante los primeros seis meses post-parto.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: La minilaparatomía post-parto es:
 - Debe hacerse en las 24 horas postparto.
 - Puede hacerse bajo anestesia local.
 - Requiere orientación/consejería previa al parto y consentimiento informado.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina: La vasectomía es:
 - Puede practicarse en cualquier momento.
 - El embarazo y la amenorrea por la lactancia ofrece protección hasta alcanzar la azoospermia.
 - Requiere orientación/consejería previa. Y consentimiento informado
 - Progestágenos solos en mujeres post-parto que amamantan no tienen limitaciones para su uso:
 - Orales: Levonorgestrel, linestrenol, desogestrel, noretisterona,
 - Inyectables: Acetato de medroxiprogesterona
 - Implantes.
 - Anillo Vaginal de progesterona
 - DIU levonorgestrel
- Los anticonceptivos combinados de estradiol y progestágeno (orales, inyectables, anillos vaginales y parches transdérmicos), pueden usarse después de las 6 semanas post-parto si no va a dar de lactar, no usar durante la lactancia.



M. Pun Ch.



8.5. ANTICONCEPCION EN SITUACIONES ESPECIALES

ANTICONCEPCION Y VIH

- Se recomienda orientar a las mujeres y sus parejas para que se protejan de un embarazo no planificado, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH utilizando preservativos solos o junto con otro método anticonceptivo (doble protección).
- El uso de preservativos masculinos o femeninos se recomienda siempre que haya posibilidad de exposición a ITS, incluido el VIH.
- No hay restricciones a la utilización de los Anticonceptivos orales combinados ni de Acetato de Medroxiprogesterona por parte de las mujeres expuestas al riesgo de adquirir el VIH, de conformidad con las actuales directrices de la OMS sobre Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. No obstante, se debería examinar la clasificación respecto de las mujeres en alto riesgo individual de infección por el VIH para determinar si corresponde adoptar alguna precaución sobre la utilización de esos métodos, aunque se reconoce que las ventajas de utilizar Anticonceptivos orales o Acetato de Medroxiprogesterona para prevenir embarazos no planificados compensaría, en la mayoría de los casos, todo riesgo excesivo de infección por el VIH.

ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA

- La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento.
- Los métodos de abstinencia periódica requieren un elevado grado de motivación.
- Los métodos de barrera ofrecen protección también frente a infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que están especialmente indicados en la adolescencia, bien solos o en doble protección.
- Los anticonceptivos orales se consideran actualmente seguros en la adolescencia. No existen problemas para el uso en adolescentes de anticoncepción combinada inyectable, parches transdérmicos o anillos vaginales, de fácil uso y buen grado de cumplimiento. Si bien los ACO combinados actúan inhibiendo la producción del estrógeno ovárico, contienen a su vez estrógenos, los cuales compensan el déficit: de ahí la importancia de la dosis del compuesto utilizado. Preferentemente, el estrógeno empleado no debería estar por debajo de 30 µg de etinilestradiol (EE).
- Respecto a la anticoncepción con progestágenos solos, el patrón de sangrado errático que producen es, con frecuencia, motivo de abandono del método en adolescentes. La inyección o los implantes de progestágeno son de elección cuando se requiere alta eficacia.
- La anticoncepción de emergencia en adolescentes es preferible el de progestágeno solo, por su mayor efectividad y menor frecuencia de efectos secundarios.

ANTICONCEPCION EN LA PERIMENOPAUSIA

- Hay que tener en cuenta la disminución de la fertilidad que experimentan las mujeres después de los 35 años, lo cual implica un beneficio adicional a la efectividad de cualquier método que se elija. El riesgo anual de embarazos es del 10% para mujeres de 40 a 44 años, del 2% a 3% para las mujeres de 45 a 49 años, y es de 0% para mujeres de más de 50 años.
- Los ACO no están contraindicados en mujeres mayores de 35 años no fumadoras. La elección del preparado se inclinará por uno de baja dosis de estrógeno.
- Los beneficios a corto plazo incluyen el adecuado control del ciclo, evitando hipermenorreas; la reducción de los síntomas de tensión premenstrual; disminución del riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria (EPI), quistes funcionales del ovario, enfermedades benignas de la mama, miomas y endometriosis. Entre las ventajas a largo plazo, se mencionan la reducción del riesgo de cáncer (ovario, endometrio), menor probabilidad de fractura de cadera (por sus efectos sobre la densidad mineral ósea) y reducción de la artritis reumatoidea, así como su progresión a formas graves.



M. Pun Ch.



- La anticoncepción inyectable (MAP) disminuye la densidad mineral ósea, por lo tanto no es recomendada para la perimenopausia. El inyectable combinado mensual en mujeres sanas no fumadoras no está contraindicado.

IX. RESPONSABILIDADES

9.1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, es responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar la asistencia técnica para su implementación, y supervisar su cumplimiento.

9.2. Nivel Regional

EL IGSS, las Diresas/GERESAS, a través de la de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y de la/el responsable de Salud Sexual y Reproductiva o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión del presente Norma Técnica en su jurisdicción, así como de brindar asistencia técnica, implementarlo, y supervisar su cumplimiento.

El Instituto de Gestión de los Servicios de Salud (IGSS), en su jurisdicción respectiva, también es responsable de la implementación del presente documento normativo.

9.3. Nivel Local

Los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud, Seguro Social del Perú - ESSALUD, gobiernos regionales, gobiernos locales, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú y de las Diresas/GERESAS, son responsables de la aplicación de lo dispuesto en el presente Documento Técnico, en lo que sea pertinente.

X. ANEXOS

- Anexo N° 01: Flujograma de atención en consulta de planificación familiar.
- Anexo N° 02: Elección del método de planificación familiar.
- Anexo N° 03: Exploración de otras necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Anexo N° 04: Esquema de programación de consultas, controles y entrega de métodos de acuerdo al tipo de anticonceptivo.
- Anexo N° 05: Materiales e insumos, equipos y mobiliarios necesarios para la atención.
- Anexo N° 06: Mezcla de métodos anticonceptivos.
- Anexo N° 07: Formato HIS.
- Anexo N° 08: Códigos HIS.
- Anexo N° 09: Formato diario de actividades de planificación familiar.
- Anexo N° 10: Reporte mensual de actividades de planificación familiar.
- Anexo N° 11: Tarjeta de Control de Citas para la/el usuaria/o
- Anexo N° 12: Formato de seguimiento de usuarias/os
- Anexo N° 13: Historia Clínica Materno Perinatal – SIP 2000
- Anexo N° 14: Encuesta de satisfacción de la/el usuaria/o en la atención de planificación familiar.
- Anexo N° 15: Fichas técnicas de los indicadores de evaluación en planificación familiar
- Anexo N° 16: Guías de buenas prácticas en planificación familiar - Evaluación del desempeño.



M. Pun Ch.



ANEXOS

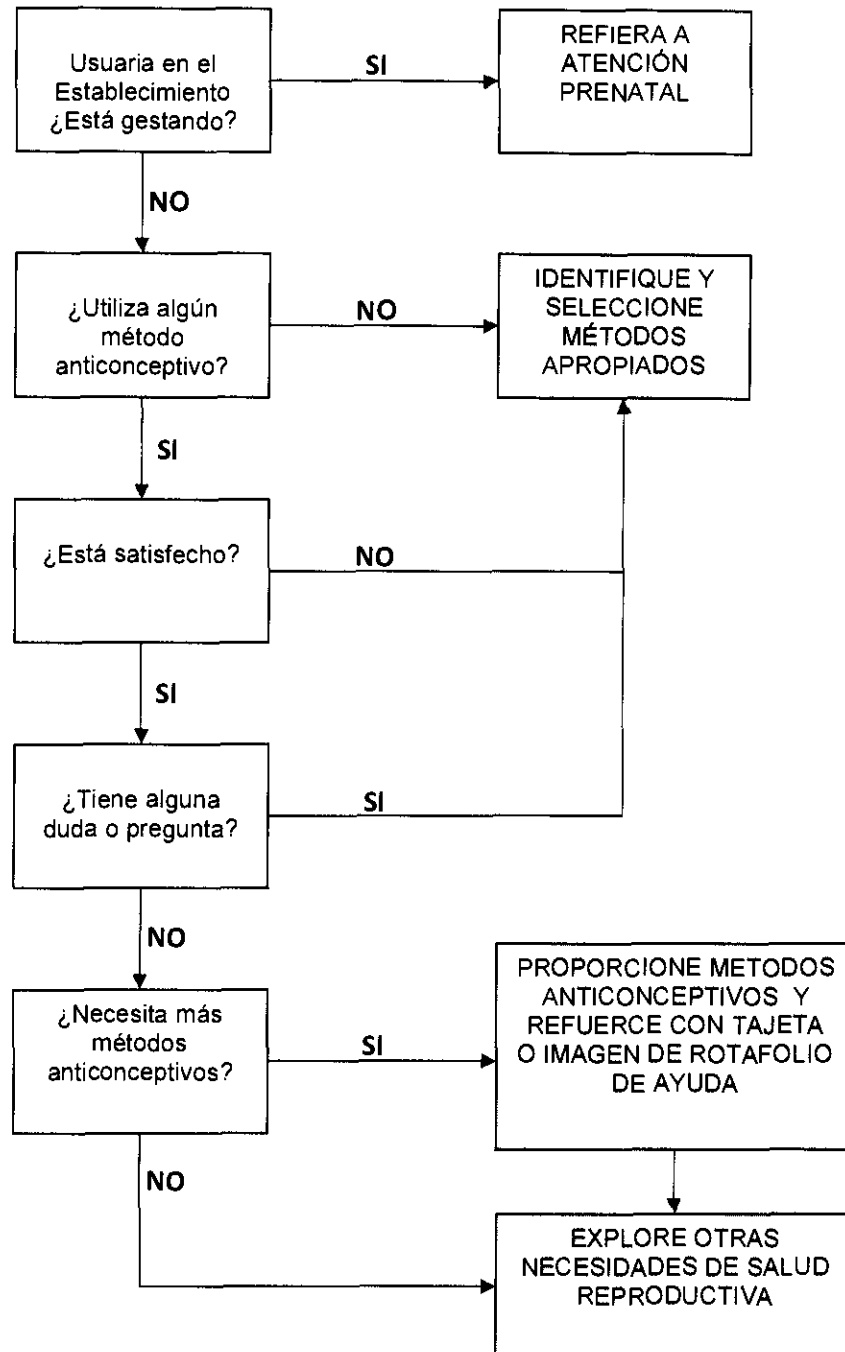


M. Pun Ch.



ANEXO N° 01

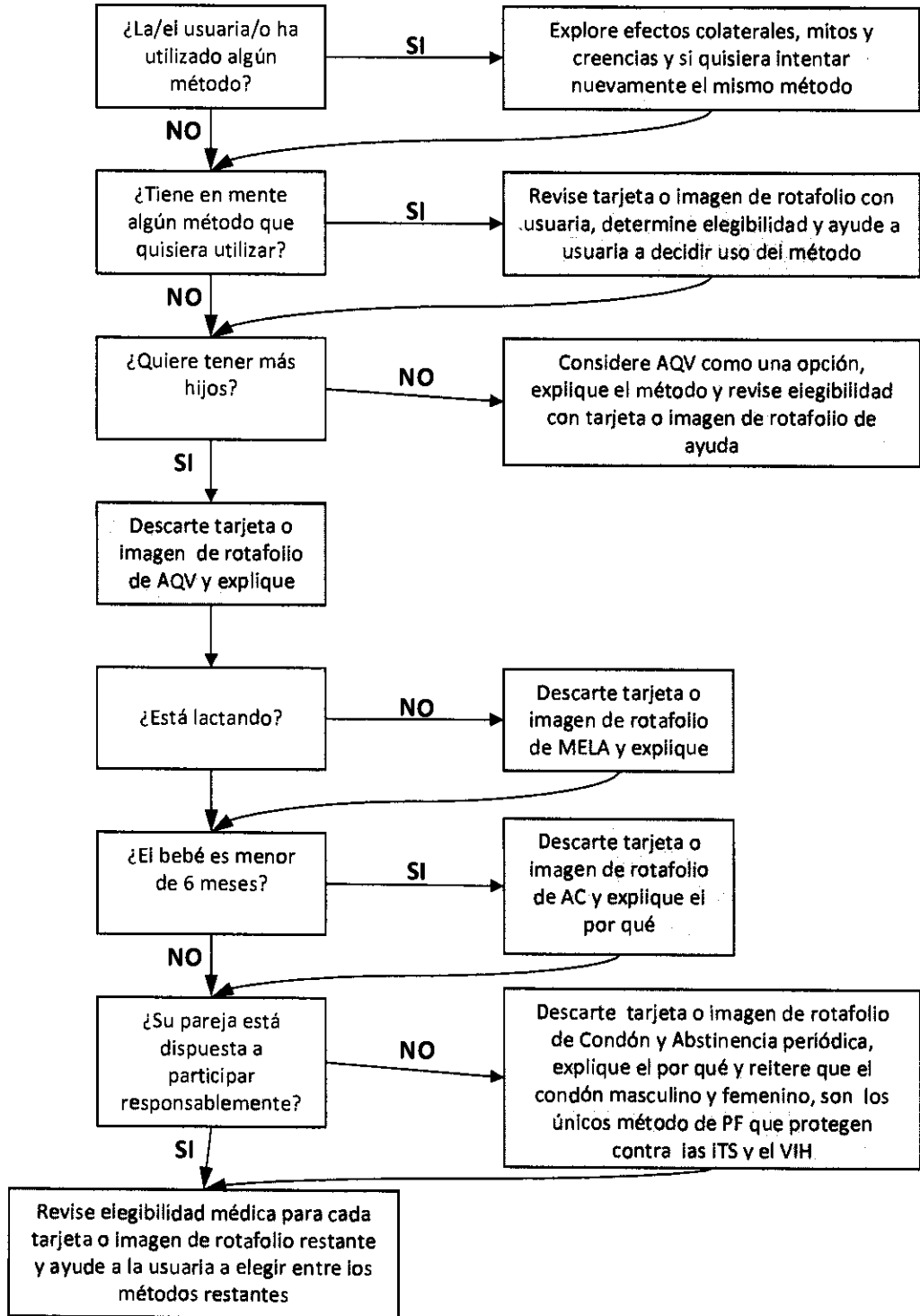
Flujograma de Atención en Consulta de Planificación Familiar



M. Pun Ch.

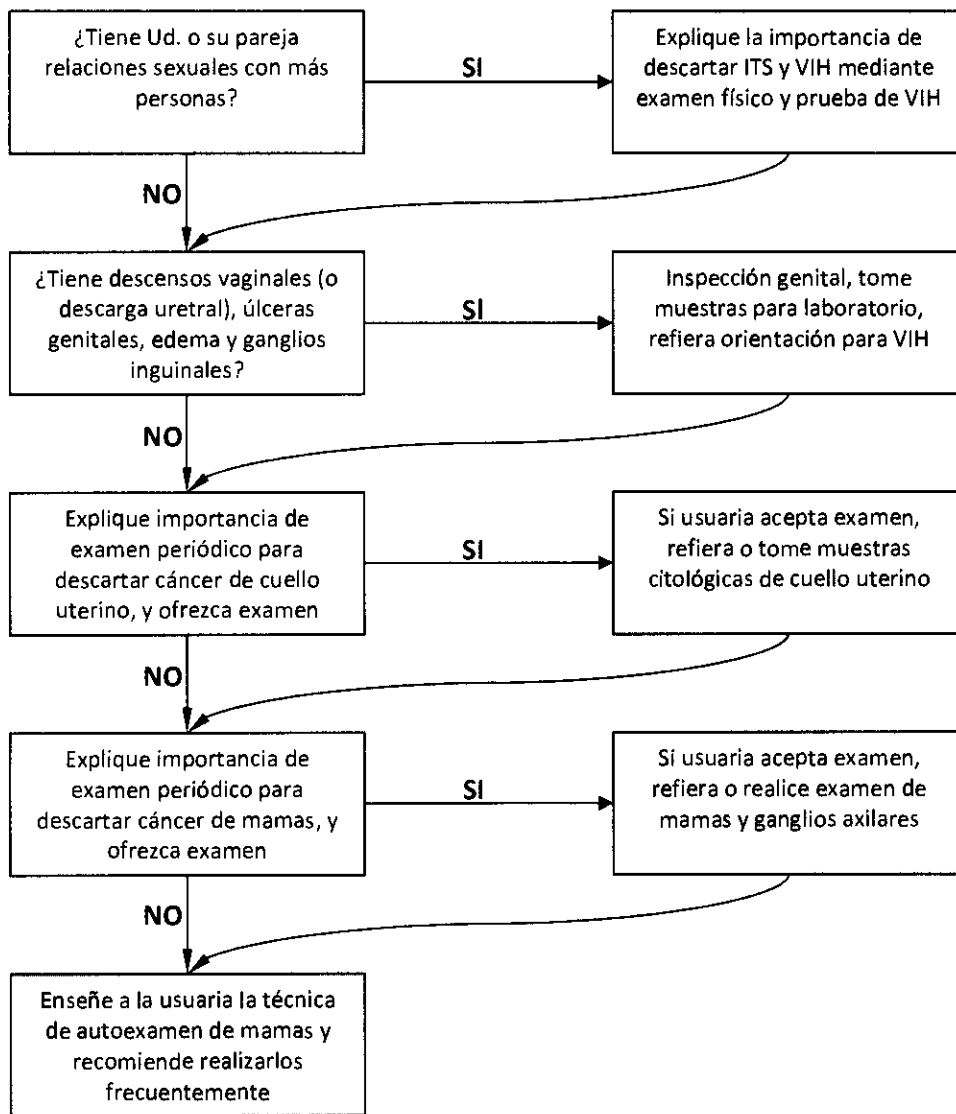


ANEXO N° 02
Elección del Método de Planificación Familiar



ANEXO N° 03

Exploración de Otras Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva



ANEXO N° 04

Esquema de Programación de Consultas, Controles y Entrega de Métodos de Acuerdo al tipo de Anticonceptivo

2	Duración de la Protección	Consultas nuevas y de Seguimiento	Cantidad de Métodos anticonceptivos a Entregar		Número de consultas programa anual
			Por consulta	Programa anual	
Preservativo o condón masculino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Preservativo o condón femenino	Uno por vez	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Primera consulta diez y luego treinta por visita	Cien	4 por usuaria/o
Hormonal combinado oral (Píldora)	Una por mes	Primer control al mes y luego cada 4 meses	Primera consulta un ciclo y luego 4 por visita	Trece	4 por usuaria
Hormonal combinado inyectable mensual	Uno por vez	Cada mes por todo el año	Uno por consulta	Doce	12 por usuaria
Hormonal de solo progestágenos inyectable de depósito trimestral	Una por 3 meses	Primer control al mes y luego cada 3 meses	Uno por consulta	Cuatro	4 por usuaria
Implante	Uno por vez	Inserción, 1er control a los tres días, luego al mes y luego cada año	Uno cada tres años	Uno	3 por usuaria nueva o reinsertión 1 por continuadora
DIU (T de cobre)	Uno por vez	Inserción, 1er. control a la semana, luego al mes de inserción luego cada año	Uno cada doce años	Uno por nueva o reinsertión	3 por usuaria nueva o reinsertión 1 por continuadora
Bloqueo Tubario Bilateral	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, Segundo control al mes 01 cada año	No aplicable	Uno por nueva	2 por nueva 1 por continuadora
Vasectomía	Definitiva	Primer control entre los 3 y 7 días, segundo al mes y tercero a los 3 meses 01 cada año	Treinta condones	Treinta condones por usuario nuevo	3 por nuevo 1 por continuador
Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	6 meses	Primer control a los 45 días posparto. Luego a los 6 meses.	No aplicable	No aplicable	2 por usuaria
Billings o del moco cervical	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora
Ritmo o de la Regla	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora
Método de los días fijos o método del collar	2 años en parejas entrenadas	Primer control a los 2 meses, posteriormente cada 2 meses en el primer año	No aplicable	No aplicable	1 por nueva 5 por continuadora



M. Pun Ch.



ANEXO N° 05

Materiales e Insumos, Equipos y Mobiliarios necesarios para la Atención

El servicio debe contar con los siguientes materiales e insumos, equipos y mobiliarios necesarios para la atención.

Materiales:

- Folletos de: todos los métodos anticonceptivos, prevención de cáncer ginecológico, autoexamen de mamas, ITS, VIH/SIDA.
- Ficha de tamizaje de violencia.
- Rotafolio o tarjetas con imágenes de los métodos anticonceptivos de planificación familiar.
- Maquetas del tracto reproductor femenino y masculino.
- Mostrarios de métodos anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos e Insumos:

- Métodos anticonceptivos
- Láminas porta objetos
- Espátulas de Ayre
- Citocepillos
- Alcohol 70°
- Pares de guantes estériles
- Para Implante además: Lidocaína al 2% sin epinefrina, jeringa de 5 cm con aguja de 21 X 1 ½.
- Pruebas rápidas de VIH.

Equipos:

- Espéculos vaginales chicos, medianos y grandes
- Equipos de inserción y extracción de DIU
- Equipos de AQV femenino
- Equipo de AQV masculino

Registros de Información:

- Historia Clínica
- Receta Única Estandarizada
- Solicitud de Exámenes de Laboratorio
- Solicitud de Exámenes de Diagnóstico por Imágenes
- Carnet de Citas



M. Pun Ch.



- Formato Único de Atención del SIS
- Formato de seguimiento para usuaria/o de Planificación Familiar
- Formato Diario de Actividades de Planificación Familiar (SIS 240 – D)
- Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS)

Mobiliarios

- Escritorio
- Sillas
- Camilla ginecológica
- Banco giratorio
- Lámpara cuello de ganso
- Biombo
- Estantes de metal
- Balanza
- Estetoscopio
- Tensiómetro aneroide



M. Pun Ch.



ANEXO N° 06

MEZCLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es el porcentaje que muestra la proporción de todos las/os usuarias/os que están utilizando determinado método anticonceptivo.

Se calcula:

- Dividir el número de métodos anticonceptivos entregados o atenciones realizadas del periodo de tiempo que se requiere, entre su factor de conversión:

Método Anticonceptivo	Factor de Conversión
Preservativo o condón masculino	100
Preservativo o condón femenino	100
Hormonal combinado oral (Píldora)	13
Hormonal combinado inyectable mensual	12
Hormonal de solo progestágenos inyectable de depósito trimestral	4
Implante	1
DIU (T de cobre)	1
Bloqueo Tubario Bilateral	1
Vasectomía	1
Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	2
Billings o del moco cervical	6
Ritmo o de la Regla	6
Método de los días fijos o método del collar	6

- Sumar el total de parejas protegidas generados.
- Dividir el número de parejas protegidas generados por cada método entre el total y multiplicarlo por cien.



M. Pun Ch.



ANEXO N° 07
 FORMATO HIS

MINISTERIO DE SALUD																	2	
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA																	MAÑANA	TARDE
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud																		
2																	3	
4																	5	
6																		
7	8	10	11	22	13	14	15	16	17			28			19	20		
DIA	H.C. / F.F. DOCUMENTO DE IDENT	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTA-BLEC	SER-VICID	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD			TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB.	CÓDIGO OE / CPT		
1						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
2						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
3						M	N	N	2.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
4						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
5						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
6						M	N	N	2.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
7						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	1.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
8						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
9						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
10						M	N	N	2.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
11						M	N	N	2.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					
12						M	N	N	1.		P	D	R					
							C	C	2.		P	D	R					
						F	R	R	3.		P	D	R					



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ANEXO N° 08
Códigos HIS



M. Pun Ch.



**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
99402	Orientación/consejería en planificación familiar	T8331	Expulsión de DIU
Z3002	Orientación/consejería AQV	T8332	Sangrado anormal asociado a DIU
Z3003	Prescripción inicial de método oral combinado	T8333	DIU en cavidad abdominal
Z30051	Prescripción inicial de método inyectable mensual	T8334	DIU encarcelado
Z30052	Prescripción inicial de método inyectable trimestral	T8335	Complicación de DIU con perforación uterina
Z3008	Prescripción inicial de método de preservativos masculinos	T8336	Dolor pélvico asociado con DIU
Z3009	Prescripción inicial de método de preservativos femeninos	Y883	Complicaciones ligadura de trompas / complicaciones vasectomía
Z30091	Prescripción inicial de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	N739	Enfermedad Inflamatoria pélvica
Z30092	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica ritmo	Y4241	Efectos secundario anticoncepción oral combinada
Z30093	Prescripción inicial de método de abstinencia periódica billings	Y4251	Efectos secundarios de inyectable mensual
Z30094	Prescripción inicial de método de los días fijos (MDF) / Collar	Y4252	Efectos secundarios de inyectable Trimestral
58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	Z0179	Prueba rápida para tamizaje de VIH
11981	Inserción de implante	Z33X1	Falla de DIU
Z302	Ligadura de trompas / vasectomía	Z33X21	Falla anticonceptivo oral combinado
Z3043	Repetición de prescripción de método oral combinado	Z33X23	Falla anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE
Z30451	Repetición de prescripción de método inyectable mensual	Z33X31	Falla inyectable mensual
Z30452	Repetición de prescripción de método inyectable trimestral	Z33X32	Falla inyectable trimestral
Z3048	Repetición de prescripción de método de preservativos masculinos	Z33X4	Falla de implante
Z3049	Repetición de prescripción de método de preservativos femeninos	Z33X5	Falla preservativos masculino
Z30491	Repetición de prescripción de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	Z33X51	Falla preservativos femenino
Z30492	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica ritmo	Z33X7	Falla de ligadura de trompas
Z30493	Repetición de prescripción de método de abstinencia periódica billings	Z33X8	Falla de vasectomía
Z30494	Repetición de prescripción de método de los días fijos (MDF) / Collar	Z33X91	Falla de Ritmo
Z305	Control o reinserción de DIU	Z33X92	Falla de Billings
Z306	Control o reinserción de implante	Z33X93	Falla de método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
58301	Remoción de Dispositivo Intrauterino	Z33X94	Falla Métodos Días Fijos
11982	Remoción de implante	Z33X92	Falla de Billings
Z308	Recuento espermático post vasectomía	59430	Control de puerperio
Z3091	Anticoncepción oral de emergencia/YUZPE	Z7171	Consejería Pre-Test para VIH
		Z7172	Consejería Post-Test Positivo para VIH
		Z7173	Consejería Post-Test Negativo para VIH
		Z0143	Examen de mamas
		88141	Toma de PAP
		99401	Consejería Integral
		86592	Prueba Rápida para SÍFILIS
		C0009	Sesión Educativa
		U140	Entrevista de Tamizaje
		U2652	Evaluación y Entrega de Resultado de VIH
		99344	Visita Familiar Integral
		U161	Usuaría Captada
		C7004	Asistencia Técnica
		U307	Atención Preconcepcional /pregestacional
		U0033	Actividad de Planificación Familiar



M. Pun Ch.



ANEXO N° 10

MINISTERIO DE SALUD
 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SIS 240 - M

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Periodo: _____ DIRESA / RED / M. Rad / EE.SS :

MÉTODO	Tipo de Usaria	TOTAL		12 a 17 a.		18 a 29 a.		30 a 59 a.		> 60 a.		Usaria Captada para PF	Embarazo por Falta de Método
		Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras	Nuevas	Continuadoras		
TOTAL	A												
	I												
DIU	A												
	I												
HORMONAL	ORAL COMBINADO	A											
		I											
	INYECTABLE TRIMESTRAL	A											
		I											
	INYECTABLE MENSUAL	A											
		I											
IMPLANTE	A												
	I												
BARRERA	CONDON MASCULINO	A											
		I											
	CONDON FEMENINO	A											
		I											
AQV FEMENINO	A												
AQV MASCULINO	A												
MELA	A												
ABSTINENCIA PERIODICA	BLUNGS	A											
	RITMO	A											
	DIAS FUO	A											

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA/VUZPE		SESIÓN EDUCATIVA		ATENCIÓN PRE CONCEPCIONAL		
A	I	Nº	Nº Personas	1º	2º	3º

ORIENTACIÓN/ CONSEJERÍA	12 a 17 a.		18 a 29 a.		> 30 a.		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M
GENERAL P.F.								
AQV								
TAMIZAJE DE VBG								
Nº Casos + VBG detectados								

OBSERVACIONES: _____

ELABORADO POR: _____

TAMIZAJE PRUEBA RÁPIDA / ELISA - VIH		Nº
MEF que reciben Orientación / Consejería PRE TEST para VIH		
MEF que reciben Orientación / Consejería POST TEST para VIH		
Nº de MEF que reciben Tamizaje con Prueba Rápida para VIH		
Nº de MEF con prueba rápida REACTIVA para VIH		
Nº de MEF con ELISA REACTIVA en MEF con PR Reactiva para VIH		
Nº Mujeres con VIH con algún MAC		

Nº PAP		Nº
Nº de mujeres con algún MAC que se realiza PAP		

TOTAL EESS QUE DEBEN REPORTAR	
Nº DE EESS QUE REPORTARON ESTE MES	



M. Pun Ch.



Anexo N°11:
Tarjeta de Control de Citas para la/el usuaria/o

		Método Anticonceptivo	Fecha de Cita
Carnet de usuaria de Planificación Familiar			
Nombres			
Apellidos			
Dirección			
Establecimiento de Salud			
Método Anticonceptivo	Fecha de Cita		



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Anexo N° 12:
 Formato de Seguimiento de usuarias/os

No. H.C.	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	EDAD	DIRECCION	TELF /MAIL	N° DE HIJOS	USUARIO DE METODO SI/NO	METODO ANTICONCEPTIVO N C	Tamizaje por VBG	ATC. PRE CONCEPCION L	ORIENTACIÓN CONSEJERA	TAMIZAJE PR - VH				Examen de Mamas	Toma y entrega de resultado PAP	Embarazo por falta de método	SEGUIMIENTO DE LAS/OS USUARIAS/OS DE PLANIFICACION FAMILIAR													
												GENE- RAL	AQV	Orientación/ Consejería PRE-TEST	Orientación/ Consejería POST-TEST				NO REACTI VA	REACTI VA	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita	Fecha de Cita
<h1>Página 1</h1>																																



M. Pun Ch



N: NUEVA
 C: CONTINUADORA
 A: ATENCIÓN
 I: CANTIDAD DE INSUMOS ENTREGADOS
 METODO ANTICONCEPTIVO:
 B: BILLING
 R: RITMO
 DF: DÍAS FUJOS/COLLAR
 MELA
 DIU: DIAPHRAGMA/RETINO
 AOC: ORAL COMBINADOS
 IMC: INYECTABLE MENSUAL COMBINADOS
 IT: INYECTABLE TRIMESTRAL
 IM: IMPLANTE
 OC: CONDON MASCULINO
 CF: CONDON FEMENINO
 AQV F: AQV F
 AQVM: AQVM
 AGE: AGE
 LIGADURA
 VASECTOMIA
 ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA
 FECHA DE CITA: CUANDO LA USUARIA HAYA ACUDIDO A LA CITA PROGRAMADA COLOCAR EN EL RECUADRO EL NUMERO CONTROL Y CANTIDAD DE INSUMOS ENTREGADOS

NTS N° 124 -MINSA/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ANEXO N° 13
Historia Clínica Materno Perinatal – SIP 2000

MINISTERIO DE SALUD **N° HC** = Significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimientos:** _____

Estab. Origen: No Aplica Referencia **Código Afiliación SIS:** _____

DNI (L.E.) N° _____ **Ocupación:** _____ **Edad:** < 15 > 35

Dirección: _____ **Localidad:** _____ **Cod. Sector:** _____ **Estudios:** Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Aprobados Años _____

Departamento: _____ **Provincia:** _____ **Estado Civil:** Casada Conviviente Soltera Otro **Padre RN:** _____

Distrito: _____ **Teléfono:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: _____ Abortos: _____ Vaginales: _____ Casareas: _____ **Nacidos vivos:** _____ Viven: _____

0 ó + 3 Partos: _____ **Nacidos muertos:** _____ Muerto - tra. semana: _____

< 2500 g **RN de mayor peso:** _____ g **Después - tra. semana:** _____

< 37 sem. **Antecedentes Gestación Anterior**

Fecha: _____ **Terminación:** Si fue aborto: Incompleto Completo Frustrado/Retenido Séptico No Aplica No Aplica

Per. Integraleste Alzada: SI No **Lactancia Materna:** no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica Lugar del parto: EESS Domo

Antecedentes Familiares

Ninguna Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplasias TBC Pulmonar Otro: _____

Enf. Hipertens. Emb. Epilepsia Diabetes Enferm. Congénitas Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguna Aborto habitual/recurrente Alcoholismo Alegria a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv.-uterina Diabetes

Eclampsia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Coca Infertilidad Neoplasias

Otras Drogas Parto prolong. Pre-eclampsia Prematuridad Reton. Placenta Tabaco TBC Pulmonar Trastorn. mentales VIH/SIDA Otros: _____

Visc. Previas

Rubeola SI No Hepatitis B SI No Papiloma Virus SI No

Peso y Talla

Peso Habitual: _____ kg. **Talla:** _____ cm

Antibióticos

N° Dosis: _____ **Dosis:** _____ **Sin Dosis:** **No Aplica:**

1ra: _____ **2da:** _____ **mes de gestación:** _____

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh (-) Rh (+) Sen Rh (-) Sen

Fecha Última Menstruación: FUM: _____ Duda: SI No

Hospitalización: Hospitalización: SI No

Fecha: _____ **Diagnóstico:** _____

Emergencia: Fecha: _____ **Diagnóstico:** _____

Violencia / Género

Ficha Tamizaje SI No Violencia SI No Fecha: _____

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico **Mamas:** Sin Examen Normal Patológico **Cuello:** Sin Examen Normal Patológico **Uterino:** Sin Examen Normal Patológico **Pelvis:** Sin Examen Normal Patológico **Odont.:** Sin Examen Normal Patológico

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: _____ **Hemoglobina 2:** _____ **Hemogl. al Alto:** _____

Glicemia 1: _____ **Glicemia 2:** _____ **Tolerancia Glucosa:** _____

VDRL/RPR 1: _____ **VDRL/RPR 2:** _____ **TPHA/VDL (RPR reactivo):** _____

Prueba Rápida 1: _____ **Prueba Rápida 2:** _____ **ELISA 1:** _____ **ELISA 2:** _____

Hg (%)	No se hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se hizo	No Aplica	Fecha
Western Bloc:							
HTLV I:							
TORCH:							
Gold Grasa:							
Fluorec. Malaria:							
Ex. Comp. Orina:							
Bacterias:							
Miñitas:							
Urocultivo:							
Bk. en Espuro:							
Listeria:							

Normal Anormal No se hizo No Aplica

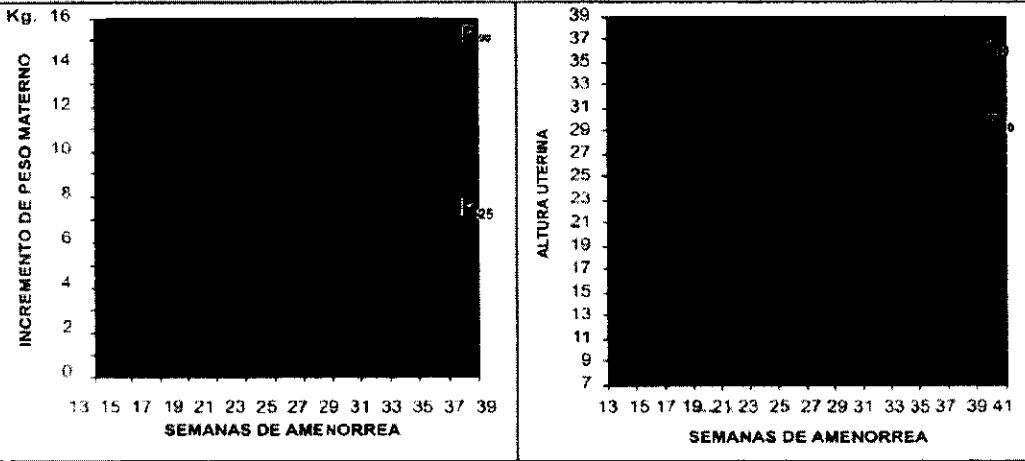
PAP: _____ **IVA:** _____ **Colposcopia:** _____



NTS N° 124 -MINSA/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (dd/mm/aa)	///:	///:	///:	///:	///:	///:	///:	///:	///:
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm. Hg.)									
Pulso materno (por min)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min/NA)									
Mov fetal (+/++/+++SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++NSM)									
Edema (+/++/+++SE)									
Ráfago Osteotendinoso (L/T/NA)									
Examen de Papan (Formado/No Form/Sin Exam)									
Indic. Hierro (Ac Fólico Mayor o igual a 16 sem)									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient. Genes (PFATB/NA/Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA/EC de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)									
Parto Biológico (4, 6, 8, 10 de 10NSH/NA)									
Cla (a/n/d)									
Visita domicil. (Si/No/NA)									
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se Hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin Patologías Fecha: ____/____/____

Otras Patologías (CIE 10):

1: _____ 2: _____

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: ____/____/____ Establ. Trasl: _____

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: ____/____/____ Establ. Trasl: _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No Aplica Fecha: ____/____/____ Establ. Trasl: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Estado		HCMP <input type="checkbox"/> Atención Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/>		Producto de la concepción <input type="checkbox"/> Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>	
Ingreso al establecimiento por parto			Fecha y Hora: _____		
REFERENCIA AL INGRESO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FREC. RESP. <input type="checkbox"/> TEMP. <input type="checkbox"/>	SITUACIÓN Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversaria <input type="checkbox"/> Oblicua <input type="checkbox"/>	POSICIÓN Cefálica <input type="checkbox"/> Pelvica <input type="checkbox"/>	TAMANO FETAL ACORDE <input type="checkbox"/>	INICIO Espontáneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/>
PULSO MATERNO _____	PESO _____	PRESENTACIÓN Cefálica <input type="checkbox"/>	ALTURA UTERINA _____ cm	FC F. _____	DILATACIÓN _____
PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica) _____	E.G. _____	MEMBRANAS Rotas <input type="checkbox"/> Integras <input type="checkbox"/>	FECHA RUPTURA _____		
Signos y Síntomas de Alerta			Corticoides antenatales (28-34 sem.)		
Anasarca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hematuria <input type="checkbox"/>	Cianosis <input type="checkbox"/>	Hipo. ortostática <input type="checkbox"/>	Complete <input type="checkbox"/> No recibe <input type="checkbox"/>	SEM. INICIO _____
Escotomas <input type="checkbox"/>	Ictericia <input type="checkbox"/>	Epigastralgia <input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>	Incomplete <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	
Dolor Hipocondr. der. <input type="checkbox"/>	Proteinuria <input type="checkbox"/>				
Terminación			Indicación Principal Parto Operatorio		
TERMINACIÓN: P. Espontáneo <input type="checkbox"/>	POSIC. GESTANTE Horizontal <input type="checkbox"/>	PARTO GRAMA SI <input type="checkbox"/>	PARTO CON ACOMPAÑANTE SI <input type="checkbox"/>	Indicación Principal Parto Operatorio <input type="checkbox"/> No hubo <input type="checkbox"/>	
Forceps <input type="checkbox"/>	Vertical <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Vacuum <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>		
Cesárea efectiva <input type="checkbox"/>					
Cesárea emerg. <input type="checkbox"/>					
MUERTE			Atención		
DURACIÓN Normal <input type="checkbox"/>	INTRAUTERINA No hubo <input type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA SI <input type="checkbox"/>	PARTO NEONATO		
Prolongado <input type="checkbox"/>	Durante embarazo <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NIVEL: Médico <input type="checkbox"/>		
Preparado <input type="checkbox"/>	Durante parto <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Residente Médico <input type="checkbox"/>		
No Aplica <input type="checkbox"/>	Momento desconocido <input type="checkbox"/>		Obstetra <input type="checkbox"/>		
			Interno <input type="checkbox"/>		
			Enfermera <input type="checkbox"/>		
			Téc. de Enfermería <input type="checkbox"/>		
			Estudiante <input type="checkbox"/>		
			Empírica o partera <input type="checkbox"/>		
			Familiar <input type="checkbox"/>		
			Otro <input type="checkbox"/>		
DESGARROS			Responsable de la atención del Parto:		
No hubo <input type="checkbox"/>			_____ (firma y sello)		
			Responsable de la atención del Neonato:		
			_____ (firma y sello)		
ALUMBRAMIENTO			HC RN : _____ NOMBRE RN : _____		
Activo <input type="checkbox"/>	PLACENTA Completa <input type="checkbox"/>	LIGADURA CORDÓN Precoz <input type="checkbox"/>	Patología Recién Nacido: Sin patología <input type="checkbox"/> Fecha: _____		
Espontáneo <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Tardía <input type="checkbox"/>	1. _____ 2. _____ 3. _____		
Manual <input type="checkbox"/>	Retenida <input type="checkbox"/>		Otras (CIE 10) 1. _____ 2. _____		
Recién Nacido			Reanimación Respiratoria		
SEXO Femenino <input type="checkbox"/>	Peso _____ g	< 2500 g <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Boque y Máscara <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
Masculino <input type="checkbox"/>	P. Cef. _____ mm	< 1500 g <input type="checkbox"/>	Oxígeno <input type="checkbox"/> Reanim. Avanz. <input type="checkbox"/>		
Indeterminado <input type="checkbox"/>	Temp. _____ C	> 4050 g <input type="checkbox"/>	Medicación En reanim. RN Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Talla _____ mm			Vitamina K Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Profilaxis Ocular Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Ctrl. Puerperio Inmediato Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Edad por Ex. Físico			Egreso RN		
Edad por Ex. Físico _____ Sem	APGAR: 4-0 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/>		Fecha: _____		
Peso x Edad Geotacental: Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>			Egreso Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>		
			Egreso Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/>		
			Egreso No Aplica <input type="checkbox"/>		
Exam. Físico			Egreso Materno		
Normal RN <input type="checkbox"/>	Hospitaliz. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	S. Luético RN VDRL/RPR SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha: _____		
Anormal <input type="checkbox"/>	Necropsia SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Deposiciones Meconial <input type="checkbox"/>	Egreso Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>		
Examen VIH No hecho <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Amarillo <input type="checkbox"/>	Egreso Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/>		
hecho <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ictericia Precoz SI <input type="checkbox"/>	Egreso No Aplica <input type="checkbox"/>		
No se hizo <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dx. Fallecim. <input type="checkbox"/>		
No aplica <input type="checkbox"/>			Dx. Traslado <input type="checkbox"/>		
Alojamiento Conjunto			Anticonceptivos		
Si <input type="checkbox"/>	Contracto Piel & Piel SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	LME SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ligadura Falosa <input type="checkbox"/> Anillo/usa <input type="checkbox"/>		
No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Asterina <input type="checkbox"/> NELA <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>		
No Aplica <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Pérolas <input type="checkbox"/> Progester. <input type="checkbox"/> Ov/Consej <input type="checkbox"/>		
			Condón <input type="checkbox"/> Progester. <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>		
			DUI <input type="checkbox"/> Progester. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Tipos de Sangre			Reingreso RN		
Grupo: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Rh: Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/>	BCG SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha: _____ Reingreso No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
		Hepatitis B SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diagnóst.: _____		
			Fecha Egreso: _____		
			Egreso Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>		
			Egreso Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/>		
			Egreso No Aplica <input type="checkbox"/>		
			Dx. Fallecim. <input type="checkbox"/>		
			Dx. Traslado <input type="checkbox"/>		
			Establ. Trasl.: _____		
			Fecha: _____ Control RN Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Reingreso Materno		
			Fecha: _____ Reingreso No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
			Diagnóst.: _____		
			Fecha Egreso: _____		
			Egreso Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>		
			Egreso Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/>		
			Egreso No Aplica <input type="checkbox"/>		
			Dx. Fallecim. <input type="checkbox"/>		
			Dx. Traslado <input type="checkbox"/>		
			Establ. Trasl.: _____		
			Fecha: _____ Control Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		



M. Pun Ch



ANEXO N° 14

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA/EL USUARIA/O EN LA ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

INSTRUCCIONES GENERALES:

A continuación se precisan una serie de preguntas guía que orientan el proceso de aplicación de las encuestas a las/os usuarias/os:

- Entreviste a las/os usuarias/os que buscan atención en el establecimiento de salud: mujeres u hombres que acuden para consulta de planificación familiar.
- Si desea realizar un estudio, con una muestra significativa, deberá considerar un nivel de confianza del 95% y margen de error esperado del 10%. Tomando como universo a todos los usuarios promedio del año anterior (suma total de usuarios/12 meses).
- La siguiente tabla le ayudará a establecer la muestra, las cifras han sido calculadas en rangos, tomando como referencia de muestra el valor superior del rango de atendidos en el mes.

CASO RANGO DE USUARIOS EN EL MES

CASO	RANGO DE USUARIOS EN EL MES (Referencial año anterior)	MUESTRA (A cuántos entrevistar)
1	30 a 34 usuarios	25
2	35 a 37 usuarios	27
3	38 a 42 usuarios	29
4	43 a 46 usuarios	31
5	47 a 51 usuarios	33
6	52 a 56 usuarios	35
7	57 a 61 usuarios	37
8	62 a 67 usuarios	39
9	68 a 73 usuarios	41
10	74 a 79 usuarios	43
11	80 a 86 usuarios	45
12	87 a 93 usuarios	47
13	94 a 102 usuarios	49
14	103 a 111 usuarios	51
15	112 a 131 usuarios	55
16	132 a 163 usuarios	60
17	164 a 205 usuarios	65
18	206 a 265 usuarios	70
19	266 a 353 usuarios	75
20	354 a 497 usuarios	80
21	498 a 779 usuarios	85
22	780 a 1569 usuarios	90
23	1570 a 5906 usuarios	95



M. Pun Ch. Debido a que existe variabilidad de percepciones sobre la atención, de acuerdo al flujo de usuarias/os por día en los establecimientos, ocasionado por la mayor demanda de servicios de algunos días de la semana en comparación con otros; es que se propone ejecutar la encuesta



durante una semana (6 ó 7 días, de acuerdo a los días establecidos en el establecimiento para atender).

Para aplicar la encuesta de forma aleatoria, divida el número de la muestra entre el número de usuarios que espera recibir durante la semana, con lo cual establecerá cada cuántos usuarios encuestar. Ejm:

- Usuarios que se espera en la semana: 234
- Número de la muestra: 70

$$\frac{\text{N° de usuarios que se espera}}{\text{Número de muestra}} = \frac{234}{70} = 3.3$$

Esto quiere decir que se deberá encuestar cada tres usuarias/os (dejando tres)

En el caso de establecimientos de salud de muy baja afluencia (1 a 3 por día), la muestra se puede establecer encuestando a todos los usuarios que acuden durante la semana de atención.

¿Cada cuánto tiempo aplicar la encuesta?

Recomendamos que los datos se recolecten cada seis meses, de tal forma que usted pueda valorar los avances en el mejoramiento de la calidad de su establecimiento de salud.

Se pueden realizar mediciones en plazos más cortos, que permitan identificar, si el ciclo de mejora que se está ejecutando está dando los resultados que se esperaban (verificación). Para ello se puede aplicar parte de la encuesta o realizar otras metodologías de medición breves, que permita recoger las percepciones de los usuarios referentes a las acciones implementadas en el establecimiento para mejorar la calidad del servicio.

¿Quién debería aplicar la encuesta?

Es preferible que la encuesta sea aplicada por personas externas al establecimiento, éstos pueden ser voluntarios de la comunidad (alumnos del último año de secundaria, estudiantes de institutos superiores, etc.), otra posibilidad sería un integrante del equipo de la red, que no sea conocido por las/os usuarias/os de los servicios de salud en este establecimiento. Si es esta persona, quién aplicará las encuestas, se recomienda que no lleve el uniforme mientras realiza las entrevistas ya que las mismas pueden ser influenciadas.

Asegúrese que el entrevistador (persona externa) aplique todas las encuestas y que las preguntas se realicen de la misma forma, para ello se requiere capacitar a estos entrevistadores en el uso apropiado del instrumento y la metodología para llevar a cabo dicho procedimiento, considerar aspectos técnicos y ejercicio práctico. Además se debe proporcionar una guía, que le recuerde los principales aspectos a considerar en la aplicación de la encuesta.

¿En qué momento encuestar?

Entreviste a las/os usuarias/os de consulta externa cuando ellos salgan de la consulta y después de recibir su método anticonceptivo.

Enumere los cuestionarios en orden consecutivo cada día (empezando desde 1) y consigne el sexo y la edad del usuario/a

¿Dónde encuestar?

Trate de buscar un lugar adecuado y alejado de otras/os usuarias/os y del personal. Ofrezca en lo posible un lugar donde se sienta comfortable durante la entrevista. La/el usuaria/o debe ser encuestada/o saliendo de la consulta en el establecimiento de salud.



M. Pun Ch.



Procedimiento durante la entrevista:

- Identifíquese y explique brevemente el objetivo de la entrevista.
- Pregunte a la/el usuaria/o si puede entrevistarla, y enfatizar que la entrevista es anónima.
- Haga las preguntas exactamente como están escritas y solamente de otras explicaciones si usted siente que no se ha entendido bien la pregunta, si es necesario lea nuevamente la pregunta.
- Pregunte claramente y permita que la/el usuaria/o decida sobre la respuesta. Verifique antes de concluir la encuesta que todas las casillas estén llenas, si falta alguna, preguntar y completar.
- Agradezca por la información brindada e informe que los resultados serán publicados en el establecimiento en las próximas semanas.

INSTRUMENTO / ENCUESTA:

Registre el nombre de la región, red, micro red de salud y del establecimiento de salud, la fecha del inicio de la evaluación, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la evaluación.

En la columna N° 01, se encuentra registrado el número de encuesta a ser aplicada (cada línea es una encuesta que ya se encuentra registrado el número de ésta).

Desde la columna N° 02 a la columna N° 12, se encuentran las preguntas que se aplicarán a la usuaria encuestada.

Las preguntas deberán tener solo una alternativa de respuesta:

- Demorado (D) o malo (M)
- Regular (Re)
- Rápido (R) o bueno (B)
- Si (S)
- NO (N)

Las preguntas de las columnas N° 05 y N° 10 al N° 12, además de las alternativas de respuesta anteriormente indicadas tienen una columna adicional, no aplica (NA). Usted deberá registrar esta columna, cuando la usuaria le responda que no ha utilizado esos servicios.

La calificación para estas preguntas según la respuesta que nos proporcione la usuaria encuestada será:

- No Aplica (NA), **sin puntaje**
- Demorado (D) o malo (M) o "NO" (N) , se dará una calificación de **0 puntos**
- Regular (Re), se dará una calificación de **1 punto**
- Rápido (R) o Bueno (B) o "SI" (S) , se dará una calificación de **2 puntos** (excepto en el ítem 12)



M. Pun Ch.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA/EL USUARIO/O EN LA ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Características Generales			REALICE LAS PREGUNTAS EN LAS SIGUIENTES DIMENSIONES DE LA CALIDAD:																								(considerar campos del 1 al 12)															
			Tiempo de espera						Información						Trato			Privacidad			Limpieza						Disponibilidad						(13)	(14)	(15)							
# de Encuesta	Sexo		Edad	(1) ¿Considera que el trámite para recibir atención en el consultorio de PF fue?			(2) ¿En la consulta de hoy, el tiempo de la espera para ser atendida por el médico u obstetra fue?			(3) ¿En la consulta de hoy la información que recibió del personal considera que fue?			(4) El personal de salud le brindó información usando dibujos o ilustraciones?			(5) El personal de salud le informó sobre los efectos secundarios del método que usted eligió?			(6) ¿En la consulta de hoy el trato que recibió del personal que la atendió fue?			(7) ¿En la consulta realizada hoy considera que existió privacidad?			(8) ¿Cómo considera Ud. la limpieza del consultorio?			(9) ¿El personal de salud antes de atenderla se lavó las manos o usó alcohol gel o un antiséptico?			(10) Le entregaron el método que Ud. eligió?			(11) ¿Cómo considera Ud. el servicio que brinda la Farmacia del establecimiento?			(12) ¿Le indicaron que comprara fuera del establecimiento algún método anticonceptivo de PF que el MINSA oferta?			Total obtenido cada encuesta	Total posible cada encuesta	Porcentaje cada encuesta
	N°	H		M	D	Re	R	D	Re	R	M	Re	B	S	N	NA	M	Re	B	S	N	M	Re	B	S	N	S	N	A	M	Re	B	N	A	S	N	A					
1			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
2			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
3			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
4			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
5			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
6			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
7			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
8			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
9			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
10			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
11			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
12			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
13			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
14			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
15			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
16			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
17			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
18			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
19			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								
20			0	1	2	0	1	2	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	2	2	0	2	0		0	1	2		0	2								



PROCESAMIENTO DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN (ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR):

Sume en sentido horizontal y registre el total obtenido de la encuesta aplicada en la columna N° 13 (Total obtenido cada encuesta).

Sume en sentido horizontal y registre el total posible (puntaje máximo por pregunta) de la misma encuesta aplicada en la columna N° 14 (Total Posible cada encuesta).

En sentido horizontal, "encuesta por encuesta", divida el resultado del total obtenido de la encuesta aplicada para el total posible de la misma encuesta y multiplique por cien. El resultado registre en la columna N° 15, porcentaje de cada encuesta aplicada.

Para obtener el porcentaje de satisfacción de las usuarias en el establecimiento, deberá realizar lo siguiente:

- Numerador de la columna N° 15, sume en sentido vertical, cuántas encuestas aplicadas obtuvieron un porcentaje de 80% y más el puntaje de satisfacción, registre el resultado en el último casillero de la columna N° 13.
- Denominador, será el total de encuestas aplicadas. Registre el dato en el último casillero de la columna N° 14.
- Realice la operación matemática; divida el resultado del numerador con el denominador, multiplique por cien y el resultado registre en el último casillero de la columna N° 15.

Por otra parte se puede analizar "pregunta por pregunta", lo que nos permitirá ver cada una de las características de la calidad investigada. Para obtener el porcentaje de cada pregunta, en sentido vertical: primero, sume y registre el total obtenido de cada pregunta (TO C/P); segundo, sume y registre el total posible de las mismas preguntas (TP C/P) "puntaje máximo: 2 X el total de preguntas contestadas que tienen puntaje", luego divida estos dos valores y multiplique por cien, el resultado registre en cada casillero del porcentaje de cada pregunta (% P).



M. Pun Ch.



ANEXO 15

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

• **TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)**

NOMBRE	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
CATEGORÍA	Indicador de Resultado
JUSTIFICACIÓN	Este indicador es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población
OBJETIVO	Medir el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva
TIPO DE MEDIDA	Promedio del número de hijos por mujer
FORMULA	Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5. Las tasas específicas se calculan haciendo el cociente entre el total de hijos tenidos por las mujeres de un grupo quinquenal y el total de mujeres de ese grupo de edades.
UMBRAL	2 hijos por mujer
FUENTE DE DATOS	ENDES CONTINUA
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	ENCUESTA
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	ANUAL
RESPONSABLE	INEI

• **TASA DE FECUNDIDAD GENERAL (TFG)**

NOMBRE	Tasa de Fecundidad General
CATEGORÍA	Indicador de Resultado.
JUSTIFICACIÓN	Es una de las variables más importantes en demografía referida a la fecundación que nos permite evaluar la fecundidad referida a la fecundación o relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo.
OBJETIVO	Medir el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año.
TIPO DE MEDIDA	Tasa
NUMERADOR	Nacidos vivos



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DENOMINADOR	Número de mujeres entre 15 y 49 años multiplicado por 1000
UMBRAL	76 POR MIL MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS
FUENTE DE DATOS	ENDES CONTINUA
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	ENCUESTA
PERIÓDICIDAD DE LA MEDICIÓN	ANUAL
RESPONSABLE	INEI

• **NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

NOMBRE	NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
CATEGORÍA	Indicador de Resultado.
JUSTIFICACIÓN	Nos permite evaluar la reducción de la necesidad insatisfecha con la implementación de las actividades.
OBJETIVO	Medir la necesidad insatisfecha en planificación familiar
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Compuesto por la suma de: Todas las mujeres embarazadas (casadas o en unión consensual) cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos en el momento de la concepción. Todas las mujeres con amenorrea postparto (casadas o en unión consensual) que no utilizan la planificación familiar y cuyo último nacimiento fue no deseado o inoportuno. Todas las mujeres fértiles (casadas o en unión consensual) que no están embarazadas ni amenorreicas después del parto, y que, o no quieren tener más hijos (límite), o que desean posponer el nacimiento de un hijo por lo menos durante dos años o no saben cuándo o si se quieren tener otro hijo (espacio), y no usan ningún método anticonceptivo.
DENOMINADOR	Número de mujeres en edad reproductiva (15-49) años que están casadas o en uniones consensuadas. El resultado se multiplica por 100.
UMBRAL	8.6%
FUENTE DE DATOS	ENDES CONTINUA
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	ENCUESTA
PERIÓDICIDAD DE LA MEDICIÓN	ANUAL
RESPONSABLE	INEI



M. Pun Ch.



DEMANDA TOTAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	DEMANDA TOTAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
CATEGORÍA	Indicador de Resultado.
JUSTIFICACIÓN	Un indicador grueso del éxito alcanzado por los programas de planificación familiar se obtiene calculando el porcentaje de demanda satisfecha con respecto a la demanda total.
OBJETIVO	Medir la demanda total de planificación familiar
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Compuesto por la suma de: <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar. • Mujeres que actualmente están usando métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha) • Mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método).
DENOMINADOR	El número de mujeres en edad reproductiva (15-49) años que están unidas. X 100
UMBRAL	84.2 %
FUENTE DE DATOS	ENDES CONTINUA
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	ENCUESTA
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	ANUAL
RESPONSABLE	INEI

• **PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

NOMBRE	PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
CATEGORÍA	Indicador de Resultado
JUSTIFICACIÓN	Este indicador proporciona una medida de cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los tipos de métodos anticonceptivos.
OBJETIVO	Medir el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utilizan cualquier método anticonceptivo o cuyas parejas sexuales lo utilizan.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de mujeres que utilizan un método anticonceptivo en un determinado momento (ellas o su pareja).
DENOMINADOR	Número de mujeres en edad fértil (o alternativamente mujeres de edad reproductiva actualmente unidas) x 100
UMBRAL	74.6%



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FUENTE DE DATOS	ENDES CONTINUA
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	ENCUESTA
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	ANUAL
RESPONSABLE	INEI

• **PORCENTAJE DE PAREJAS PROTEGIDAS**

NOMBRE	Porcentaje de parejas protegidas
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar el avance de las intervenciones para promover el uso de métodos anticonceptivos a nivel Local, Regional y Nacional.
OBJETIVO	Medir el número de parejas que usan cualquier método anticonceptivo durante un año.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Nº de parejas protegidas por todos los métodos anticonceptivos (Se obtiene al dividir el número de métodos anticonceptivo entregado entregados entre el factor de conversión establecido para cada anticonceptivo)
DENOMINADOR	Nº total de parejas (mujeres) que demandan planificación familiar x 100
UMBRAL	90%
FUENTE DE DATOS	His
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Registro de Información
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Semestral y Anual
RESPONSABLE	Establecimientos de Salud

• **PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CAPTADAS QUE ACCEDEN A UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

NOMBRE	Porcentaje de mujeres en edad fértil captadas que acceden a un método anticonceptivo
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar el avance de las intervenciones para promover el uso de métodos anticonceptivos a nivel Local, Regional y Nacional para contribuir a la disminución de la demanda insatisfecha en planificación Familiar.
OBJETIVO	Medir el porcentaje de usuarias nuevas que luego de la realización de



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	actividades extra e intramural, acceden voluntariamente a los servicios de Planificación Familiar y opta por un método anticonceptivo para la disminución de la demanda insatisfecha.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Usuaris nuevas que luego de la realización de actividades extra e intramurales, acceden voluntariamente a los servicios de Planificación Familiar
DENOMINADOR	Número de mujeres en edad fértil con demanda insatisfecha X 100
UMBRAL	85%
FUENTE DE DATOS	Registro HIS
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Registro de Información
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Trimestral, Semestral y Anual.
RESPONSABLE	Establecimientos de Salud

• **PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE RECIBEN ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

NOMBRE	Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben orientación/consejería en planificación familiar
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar el avance de las intervenciones en orientación/consejería en planificación familiar a las mujeres en edad fértil.
OBJETIVO	Medir el porcentaje de mujeres que reciben orientación/consejería
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de mujeres que reciben orientación /consejería en planificación familiar
DENOMINADOR	Número de mujeres programadas x 100
UMBRAL	95%
FUENTE DE DATOS	HIS
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Registro HIS
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Trimestral, Semestral y Anual
RESPONSABLE	Establecimientos de Salud



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

• PORCENTAJE DE PUÉRPERAS CUYO PARTO HA SIDO ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EGRESAN HABIENDO RECIBIDO ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

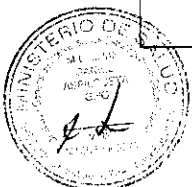
NOMBRE	Porcentaje de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento de salud egresan habiendo recibido orientación/consejería sobre los métodos anticonceptivos
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar el avance de las intervenciones en orientación/consejería en planificación familiar a las mujeres puérperas.
OBJETIVO	Medir el porcentaje de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento de salud egresan habiendo recibido orientación/consejería
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento y que egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma.
DENOMINADOR	Total de puérperas que egresan del establecimiento x 100
UMBRAL	100%
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Materno perinatal
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de Historia Clínica Materno perinatal
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Mensual
RESPONSABLE	Establecimiento de Salud

PORCENTAJE DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO INCOMPLETO QUE HAN SIDO ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO CON FONB (FUNCIONES OBSTÉTRICAS NEONATALES BÁSICAS) O FONE (FUNCIONES OBSTÉTRICAS NEONATALES ESENCIALES) EGRESAN DEBIDAMENTE INFORMADAS SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	Porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que han sido atendidas en el establecimiento con FONB (Funciones Obstétricas Neonatales Básicas) o FONE (Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales) egresan debidamente informadas sobre los métodos de planificación familiar
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar el avance de las intervenciones en orientación/consejería en planificación familiar a las mujeres post aborto
OBJETIVO	Medir el porcentaje de mujeres post aborto que han recibido orientación/consejería en planificación familiar
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto ha sido atendido en el establecimiento con FONB y FONE que egresan debidamente informadas sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma.



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DENOMINADOR	Total de mujeres cuyo aborto incompleto ha sido atendido en el establecimiento con FONB y FONE.
UMBRAL	100%
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Materno Perinatal.
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Si es usuario del SIP2000 se revisarán todas las Historias Clínicas Materno Perinatales de las mujeres con aborto incompleto atendidas. Si no es usuario del SIP2000 y el número supera las 30 HC, se elegirán aleatoriamente hasta completar una muestra de 30 HC.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Mensual
RESPONSABLE	Establecimientos de Salud

• **PORCENTAJE DE USUARIAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y QUE ESTÁN SATISFECHAS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA**

NOMBRE	Porcentaje de usuarias que acuden a los servicios de planificación familiar y que están satisfechas con la atención recibida
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar el avance de las intervenciones de mejora de la calidad en la atención en planificación familiar.
OBJETIVO	Medir la satisfacción de las usuarias del servicio de planificación familiar
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número usuarias encuestadas que acuden a la consulta externa de Planificación Familiar y que están satisfechas con la atención recibida.
DENOMINADOR	Total de usuarias encuestadas que acuden a la consulta externa de Planificación Familiar en el mismo periodo.
UMBRAL	80%
FUENTE DE DATOS	Resultados de encuesta de satisfacción de usuarias
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Aplicación de Encuestas de satisfacción de usuarias
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Semestral
RESPONSABLE	Establecimientos de Salud

• **PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE MANTIENEN UNA DISPONIBILIDAD ADECUADA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

NOMBRE	Porcentaje de establecimientos de salud que mantienen una disponibilidad adecuada de métodos anticonceptivos.
CATEGORÍA	Indicador de Proceso
JUSTIFICACIÓN	Verificar la existencia de métodos anticonceptivos a nivel de los establecimientos de salud, de tal forma que se asegure su disponibilidad



M. Pun Ch



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	cuando las usuarias lo requieran.
OBJETIVO	Medir el porcentaje de establecimientos de salud que mantienen una disponibilidad adecuada de métodos anticonceptivos.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de establecimientos de salud que tienen un nivel de abastecimiento dentro del rango establecido (normo-stock) Considerándose que el rango denominado normo-stock (abastecimiento adecuado establecido por la directiva del SISMED).
DENOMINADOR	Total de establecimientos de salud. El resultado se multiplica por 100
UMBRAL	100%
FUENTE DE DATOS	Informe de Consumo de Insumos- ICI-SISMED. Reporte HIS
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Registro Diario.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Mensual/Trimestral/Semestral/Anual
RESPONSABLE	Red de Salud (Farmacia/Dirección SSR), DIRESA (Dirección de Medicamentos /Dirección SSR)



M. Pun Ch.



ANEXO N° 16

GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.

BUENA PRÁCTICA N° PF-01: Primer paso: Establecer una relación cordial. El proveedor/a asegura un clima apropiado de relación interpersonal y privacidad durante la consulta.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Garantía de respeto a los derechos de la usuaria.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Antes de iniciar la jornada diaria verifica que dispone de los insumos necesarios para brindar una atención completa.	GLS	1	0	9
02	Antes de iniciar la jornada diaria verifica que dispone de los métodos anticonceptivos necesarios para brindar una atención completa.	GLS	1	0	9
03	Realiza protocolo de saludo.	RPU	1	0	9
04	Respeto derechos de las usuarias.	RPU	1	0	9
05	Identifica el propósito de la visita de la usuaria.	RPU	1	0	9
06	Utiliza habilidades de comunicación personal durante la visita.	UI	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-02: Segundo paso: Identificar las necesidades de la Usuaría: El proveedor/a realiza orientación/consejería y proporciona información sobre los métodos anticonceptivos a la usuaria.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Incrementar la elección apropiada del método anticonceptivo.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Pregunta por la edad de la usuaria.	RPU	1	0	9
02	Pregunta por la fecha de última menstruación y sus características.	RPU	1	0	9
03	Pregunta cuántos hijos desea tener (meta reproductiva) la usuaria/o.	GLS	1	0	9
04	Indaga por la fórmula obstétrica de la usuaria.	CTC	1	0	9
05	Informa los beneficios de espaciar los nacimientos y los riesgos de la alta fertilidad.	IU	1	0	9
06	El proveedor descarta que la usuaria esté gestando. Si se confirma o hay sospecha de gestación, explica que no es posible un método anticonceptivo en ese momento y refiere a la usuaria al consultorio de atención prenatal.	CTC	1	0	9
07	Pregunta por el uso actual de algún método anticonceptivo: • Indaga respecto a efectos colaterales, mitos y creencias respecto al método que usa y si desea continuar. • Corrige cualquier mala información y refuerza la información correcta	RPU	1	0	9
08	Pregunta por el uso anterior de algún método e indaga respecto a efectos colaterales, mitos y creencias respecto al método que usó (usa tarjetas, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual) y si quiere volver a usarlo.	RPU	1	0	9
09	Pregunta si tiene en mente algún método que quisiera utilizar: • Revisa la Tarjeta correspondiente con la usuaria y determina elegibilidad clínica. • Si la usuaria/o es clínicamente elegible, apoya su opción y utiliza el FOLLETO de ayuda para explicar las características del método, su forma de uso, efectos colaterales y cómo manejarlos, otros beneficios, y cada qué	RPU	1	0	9



M. Pun Ch



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

BUENA PRÁCTICA N° PF-02: Segundo paso: Identificar las necesidades de la Usuaría: El proveedor/a realiza orientación/consejería y proporciona información sobre los métodos anticonceptivos a la usuaria.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Incrementar la elección apropiada del método anticonceptivo.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
	tiempo debe acudir a control.				
10	Si la usuaria/o no es clínicamente elegible o si quisiera recibir información sobre otros métodos, utiliza las tarjetas, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual de ayuda para explorar otros métodos, e interactúa con la usuaria/o.	GLS	1	0	9
11	Pregunta si quiere tener más hijos: • Si la respuesta es "NO" considera el AQV como una opción, explica el método y revisa elegibilidad clínica con la tarjeta, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual correspondiente. • Si la respuesta es "SI" elimina la tarjeta, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual de AQV explicando el por qué	CTC	1	0	9
12	Pregunta si está lactando: • Si la respuesta es "NO" elimina la tarjeta, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual de MELA y explica por qué. • Si la respuesta es "SI" indague si tiene un bebé menor de seis meses. • Si la respuesta es "SI" elimina la tarjetas, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual de Anticonceptivos Combinados y explica por qué.	CTC	1	0	9
13	Indague si su pareja está dispuesta a participar responsablemente: • Si la respuesta es "NO" elimina las tarjetas de condón y de abstinencia periódica explicando por qué. • Si la respuesta es "SI" revisa la elegibilidad clínica para cada tarjeta, folleto, rotafolio u otra ayuda audiovisual restante y ayuda a la usuaria a elegir entre los métodos que quedan. De ser necesario, en caso de duda, la ayuda a tomar una decisión.	CTC	1	0	9
14	Orienta sobre el uso de condón, como "doble protección" si hay riesgo de contagio por ITS, VIH/SIDA o HTLV1	CTC	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-03: Tercer paso: Responder a las necesidades de la Usuaría: Uso de métodos anticonceptivos. El proveedor/a maneja correctamente la indicación del método anticonceptivo.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Elegido el método por la usuaria, revisa con ella el contenido del Folleto del método correspondiente donde se encuentra la manera de utilizar cada método	GLS	1	0	9
02	Realiza examen clínico general y examen ginecológico con espéculo y bimanual, dependiente del método a utilizar.	CTC	1	0	9
03	Le entrega una copia del Folleto del método elegido.	GLS	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -MINSA/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

BUENA PRÁCTICA N° PF-D4: Cuarto paso: Verificar la comprensión de la/el usuaria/o.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Comprobar la comprensión de la información.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Verifica que la/el usuaria/o ha comprendido la información proporcionada, para lo cual, utiliza el Folleto del método elegido y lo repasa con la/el usuaria/o.	RPU	1	0	9
02	Solicita que repita cómo va a usar el método en caso de ser necesario.	RPU	1	0	9
03	Solicita que repita en qué casos debe acudir de inmediato al establecimiento de salud.	RPU	1	0	9
04	Solicita que repita cuando le corresponde regresar al establecimiento de salud para evaluación y recibir su método anticonceptivo.	RPU	1	0	9
05	Solicita que repita que entiende por la "doble protección" y se refuerza la orientación.	RPU	1	0	9
06	Se le solicita que exprese cualquier duda, creencia o costumbre respecto al método elegido	RPU	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-05: Quinto paso: Mantener la relación cordial					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Establecer mecanismos de seguimiento.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Asegura a la/el usuaria/o que el personal de salud estará disponible cada vez que tenga alguna duda algún efecto secundario o signo de alarma.	GLS	1	0	9
02	Define con la/el usuaria/o las fechas para la visita de control y/o de reabastecimiento de acuerdo a la norma.	GLS	1	0	9
03	Responde a las preguntas de la/el usuaria/o de manera precisa, comprensiva y completa.	IU	1	0	9
04	Solicita a la/el usuaria/o que remita al establecimiento de salud a otras personas con necesidades como las suyas.	RPU	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-06: El proveedor/a aplica el inyectable de Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD), correctamente.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Realiza higiene de manos antes y después del procedimiento.	PI	1	0	9
02	Inyecta el vial de anticonceptivo según el procedimiento establecido.	CTC	1	0	9
03	Elimina los materiales utilizados de forma adecuada.	PI	1	0	9
04	Registra los datos de la atención en la historia clínica y formatos SIS y HIS.	GLS	1	0	9



M. Pun Ch.



NTS N° 124 - MINSA/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

05	Verifica la comprensión de mensajes por la usuaria y su pareja.	RPU	1	0	9
06	Cita para el siguiente control según la norma.	GLS	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-07: El proveedor/a realiza correctamente todos los procedimientos necesarios para una inserción segura del DIU.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Explica el procedimiento a la usuaria en términos que ella puede comprender.	IU	1	0	9
02	Realiza higiene de manos antes del procedimiento.	PI	1	0	9
03	Realiza examen ginecológico previo a la colocación.	CTC	1	0	9
04	Si detecta signos de infección genital suspende el procedimiento y se lo comunica a la usuaria y su pareja.	CTC	1	0	9
05	Indica tratamiento sintomático en presencia de flujo vaginal, según criterio diagnóstico y recomienda un método de barrera (condón), hasta la solución del problema.	CTC	1	0	9
06	Si no hay criterios de contraindicación coloca el DIU según el procedimiento establecido.	CTC	1	0	9
07	Elimina apropiadamente todos los materiales, incluyendo los guantes, utilizados.	PI	1	0	9
08	Realiza higiene de manos después del procedimiento.	PI	1	0	9
09	Verifica la comprensión de mensajes por la usuaria y su pareja.	RPU	1	0	9
10	Registra los datos de la atención en la historia clínica, formatos SIS y HIS.	GLS	1	0	9
11	Cita para el siguiente control, dentro de un mes, al terminar la próxima menstruación.	GLS	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-08: El proveedor/a realiza correctamente los procedimientos necesarios para retirar el dispositivo intrauterino, cuando es necesario, o lo solicita la usuaria.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Incrementar las parejas protegidas con el uso adecuado de métodos anticonceptivos.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Informa las condiciones en que el DIU debe ser retirado e indaga las causas en la usuaria.	IU	1	0	9
02	Práctica de lavado de manos adecuadamente antes del procedimiento.	PI	1	0	9
03	Se coloca guantes estériles en ambas manos.	PI	1	0	9
04	Inserta el espéculo humedecido en agua estéril.	CTC	1	0	9
05	Limpia con solución antiséptica sin alcohol el cuello uterino, especialmente la abertura y la vagina.	PI	1	0	9
06	Toma los hilos del DIU, con pinza de anillo y tira de ellos, lenta pero firmemente para remover el DIU.	CTC	1	0	9
07	Si no logra remover el DIU, con el procedimiento anterior, suspende el intento y refiere a la usuaria para evaluación por personal médico.	CTC	1	0	9
08	Si extrae el DIU y lo muestra a la usuaria.	IU	1	0	9
09	Elimina apropiadamente todos los materiales, incluyendo los guantes, utilizados.	PI	1	0	9



M. Pun Ch.



NTS N° 124-MINSA/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

10	Práctica de lavado de manos adecuadamente después del procedimiento.	PI	1	0	9
11	Registra el procedimiento en la tarjeta de la usuaria, HC y formatos SIS y HIS.	GLS	1	0	9
12	Proporciona la consejería necesaria, anima a la usuaria y su pareja a regresar al consultorio para valorar el uso de otro método, como el condón.	IU	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-09: Verificar otras necesidades de salud reproductiva.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Prevención de ITS, Ca de cérvix, Ca de mamas.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Pregunta si ella o el esposo, tienen relaciones sexuales con más de una persona. Si la respuesta es "SI" explica la importancia de descartar ITS, VIH/SIDA, HTLV1 mediante examen físico y pruebas de laboratorio.	RPU	1	0	9
02	Independiente de que la respuesta del ítem anterior sea "NO"; orienta medidas de prevención de ITS, VIH/SIDA.	IU	1	0	9
03	Pregunta si tiene descensos vaginales (o descarga uretral), úlceras genitales o ganglios inguinales.	CTC	1	0	9
04	Si tiene alguna de estas lesiones realiza los exámenes de ayuda diagnóstica respectiva e inicia tratamiento correspondiente.	CTC	1	0	9
05	Explica la importancia del examen periódico para descartar cáncer cervical, PREGUNTA si tiene o no tiene PAP o examen IVAA (Inspección Visual con Ácido Acético) de más de un año.	CTC	1	0	9
06	Si se cuenta con profesional de salud capacitado y si la usuaria acepta se le realiza la prueba de PAP o de IVAA. Si no cuenta con profesional de salud capacitado refiere al establecimiento de referencia.	CTC	1	0	9
07	Explica la importancia del examen periódico para descartar cáncer de mama, se le realiza el examen y si la usuaria lo requiere se la refiere al establecimiento de salud con equipamiento para mamografía y ecografía mamaria.	CTC	1	0	9
08	Enseña a la usuaria la técnica de auto examen de mamas y recomienda realizarlo frecuentemente.	IU	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-10: El proveedor orienta apropiadamente el uso de la AOE.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Prevención de embarazos no planificados.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Pregunta cuándo ocurrió el coito sin protección.	RPU	1	0	9
02	Si han transcurrido hasta 72 HORAS , prescribe la anticoncepción oral de emergencia, ofreciendo: -Levonorgestrel 2 tab de 0,75mg o una de 1.5mg -Método Yuzpe: 4 tabletas de 30 ug. de etinilestradiol y 150 ug. de Levonorgestrel y repetir la dosis 12 horas después.	CTC	1	0	9
03	Explica con énfasis que éste no es un método de planificación familiar de uso habitual.	IU	1	0	9
04	Informa que no protege de una Infección de Transmisión Sexual y/o VIH/SIDA y/o HTLV1.	IU	1	0	9
05	Informa que no se ha reportado riesgo de malformación congénita en el recién	IU	1	0	9



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

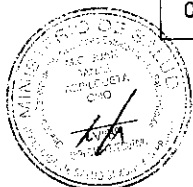
	nacido.				
06	Si está lactando, le aconseja no dar de lactar por 8 horas luego de ambas tomas.	RPU	1	0	9
07	Informa sobre posibles efectos secundarios y cómo manejarlos.	IU	1	0	9
08	Si la usuaria tiene antecedentes de vómitos con el uso de anticoncepción oral, indica Dimenhidrinato 1 tableta de 50 mg. media hora antes de cada toma.	CTC	1	0	9
09	Orienta a la usuaria que en caso de vomitar en las primeras dos horas después de la toma de las tabletas, debe repetir la dosis	CTC	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-11: El personal de salud en el Centro aplica buenas prácticas de bioseguridad.					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Prevención de infecciones.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	Durante la atención procesa correctamente el instrumental utilizado.	CTC	1	0	9
02	Elimina correctamente los elementos punzo cortantes.	PI	1	0	9
03	Elimina correctamente los desechos sólidos.	PI	1	0	9
04	Vigila que se realice correctamente la limpieza de los ambientes (anexo).	PI	1	0	9
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					

BUENA PRÁCTICA N° PF-12: El prestador garantiza la calidad de la información de salud en actividades preventivas promocionales (APP) y consulta externa de salud sexual y reproductiva (incluida planificación familiar).					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva del Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Prevención de embarazos no planificados y/o deseados.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
01	El establecimiento de salud y/o el servicio cuenta con los documentos auxiliares de consulta para el llenado de los formularios. VER AYUDA.	GLS	1	0	9
02	Antes de iniciar el turno de atención, el prestador verifica que cuenta con todos los formularios, exigidos por la autoridad regional, para el registro de información. VER AYUDA.	GLS	1	0	9
03	El prestador llena los formularios <u>en el momento que se produce la prestación</u> o que se realiza la actividad de salud correspondiente.	CTC	1	0	9
04	El prestador hace uso individual de los formularios, <u>un mismo formato es llenado sólo por el prestador.</u>	CTC	1	0	9
05	El prestador codifica correctamente el diagnóstico y/o actividad de salud.	CTC	1	0	9
06	El prestador llena y verifica que los formularios cuenten con toda la información solicitada en ellos y que no queden datos sin registrar.	CTC	1	0	9
07	El prestador llena los formularios <u>con letra clara y legible y NO</u> utiliza abreviaturas ni siglas.	CTC	1	0	9
08	Al término del turno de atención, el prestador ordena los formularios y verifica que cuenten con toda la información solicitada en ellos y que no queden datos sin registrar.	GLS	1	0	9
09	Al término del turno de atención, el prestador entrega todos los formularios debidamente llenados a la instancia administrativa correspondiente.	GLS	1	0	9



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -MINS/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

BUENA PRÁCTICA N° PF-12: El prestador garantiza la calidad de la información de salud en actividades preventivas promocionales (APP) y consulta externa de salud sexual y reproductiva (incluida planificación familiar).					
Condición asegurable PEAS: Prevención en salud reproductiva del Adolescente y Joven/Adulto sano.			Objetivo Sanitario: Prevención de embarazos no planificados y/o deseados.		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	DD	Verificación		
			SI	NO	NA
	asegurándose que ningún formulario bajo su responsabilidad queda sin entregar.				
TOTAL DE OBSERVACIONES DE LA BUENA PRÁCTICA					
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES					
PF-12-01: El establecimiento de salud y/o el servicio cuenta con los documentos auxiliares de consulta para el llenado de los formularios.		PF-12-02: Antes de iniciar el turno de atención, el prestador verifica que cuenta con todos los formularios, exigidos por la autoridad regional, para el registro de información.			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud. ▪ R.M. N° 1753-2002-SA/DM; Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED. – Referencias a Receta Única Estandarizada. ▪ NTS N° 032-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia Clínica. ▪ Receta Única Estandarizada (SISMED). ▪ Solicitud de Exámenes de Laboratorio. ▪ Solicitud de Exámenes de Diagnóstico por Imágenes. ▪ Carnet de Citas. ▪ Formato único de atención del SIS. ▪ Tarjeta de Seguimiento para Usuario de Planificación Familiar. ▪ Formato Diario de Actividades de Planificación Familiar (SIS 240 –D). ▪ Registro Diario de Atención y Otras Actividades (HIS). 			

X. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Comisión de Mujeres para los Refugiados. Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: Módulo de educación a distancia. Australia: 2011.
- 2) Department of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010 Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. Editorial Board. Atlanta: 2010.
- 3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 – ENDES. Nacional y Departamental. Lima: 2014.
- 4) Ministerio de Salud. Documento Técnico: Promoviendo el Derecho a la Identificación para el Ejercicio del Derecho a la Salud, en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Primera Edición. Lima: 2011.
- 5) Ministerio de Salud. Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación/ Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Primera Edición. Lima: 2008.
- 6) Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas afectadas por la Violencia Basada en Género. Primera Edición. Lima: 2007.
- 7) Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. Baltimore y Ginebra; 2011.
- 8) World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th edition. Switzerland: 2009.



M. Pun Ch.



NTS N° 124 -Minsa/DGIESP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 9) World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. Fertility and Sterility. Vol. 92: 1520-1524: 2010.
- 10) Jain J, Jakimuik AJ, Bode FR et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. Contraception 2004; 70:269-275.
- 11) Trussell J. Kowal D. The essentials of contraception. In: Hatcher RA, et al. Contraceptive Technology 18 th ed. New York: Ardent Media, 2004.
- 12) Agustín Conde-Agudelo, et al., "Effect of the interpregnancy interval after abortion on maternal and perinatal health in Latin America" IJOG 89 (April 2006) S34-S40.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. OMS. JHPIEGO. USAID. 2007.
- 14) Organización Mundial de la Salud Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th Edition. 2015.
- 15) Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. May 2010 U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. Mayo 2010.
- 16) Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida en 2010. © Organización Mundial de la Salud 2010
- 17) F. Zegers-Hochschild, a G. D. Adamson, b J. de Mouzon, c O. Ishihara, d R. Mansour, e K. Nygren, f E. Sullivan, g and S. Vanderpoel, h for ICMART and WHO.
- 18) Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2015. INEI.



M. Pun Ch.

