



SISTEMA de  
INFORMACIÓN  
**PERINATAL**

# HISTORIA CLÍNICA ANTICONCEPCIÓN

## Instrucciones de llenado y definición de términos



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN PARA LAS  
AMÉRICAS



**CLAP/SMR**

Centro Latinoamericano de Perinatología  
Salud de la Mujer y Reproductiva





SISTEMA de  
INFORMACIÓN  
PERINATAL

# HISTORIA CLÍNICA ANTICONCEPCIÓN

## Instrucciones de llenado y definición de términos



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
Américas



CLAP/SMR

Centro Latinoamericano de Perinatología  
Salud de la Mujer y Reproductiva

Montevideo 2023



# Í N D I C E

	Pag
Introducción	3
Llenado de la historia clínica de anticoncepción	7
Identificación	9
Antecedentes/Situación actual	14
Antecedentes ginecológicos	14
Antecedentes obstétricos	27
Antecedentes familiares	29
Antecedentes personales	30
Hábitos	39
Examen físico	40
Examen ginecológico	41
Examen genito-urinario	42
Anticoncepción	43
Consejería/asesoría/orientación	43
Métodos anticonceptivos recomendados categoría 1-2	46
Evolución	49
Identificación	49
Uso de medicamentos	56
Enfermedades autoinmunes/genéticas	57





Este color significa ALERTA (en cada measurement se debe ir en pastas por separado)

<b>EVOLUCIÓN</b>		Establecimiento	N° HC	Lugar de residencia	Seguimiento por telemedicina	Estado civil	Trabaja	Remuneración													
Domicilio		Localidad		rural <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>													
Cobertura y/o protección social	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Teléfono	domic. mens. <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	WhatsApp	email	Ingreso social	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>														
Fecha	dia 1 mes 1 año	Edad	años meses	Estudios	Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Anos en mayor nivel <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>	Identidad de género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fumadora activa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Fumadora pasiva <input type="checkbox"/>	Cigarrillos por día	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Consumo problemático de alcohol	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Uso de drogas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Con pareja	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cambio de pareja	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Parejas sexuales últimos 6 meses	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Fecha última menstruación	dia 1 mes 1 año	No conoce <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/>	Peso	kg	Talla (cm)	IMC	Presión arterial (mmHg)														
Migraña con aura	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis activa	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Uso estos medicamentos	Carbamazepina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Inmovilización prolongada actual	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Si tiene una ITS activa	Sifilis <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Ent. autoinmunes/enf. genéticas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Lupus con ac. antifosfolípidicos	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Lupus con trombocitopenia severa	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Otras	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
HIV	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Alto riesgo para contraer HIV	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Estadio	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Tratamiento	n/c <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	No lo está realizando <input type="checkbox"/>	Lo está realizando	Cuál:	Inhibidores de la proteasa	ITIAN <input type="checkbox"/>	Inhibidor de la integrasa	ITINAN <input type="checkbox"/>	Adherencia	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Utilizó AE	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			
Método actual	Está usando: no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cuáles?	Grado de satisfacción con el MAC elegido	Evolución dentro de parámetros esperables	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Observaciones:															
Presencia de efectos secundarios	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Spotting manchado <input type="checkbox"/>	Amenorrea <input type="checkbox"/>	Sangrado infrecuente <input type="checkbox"/>	Sangrado abundante <input type="checkbox"/>	Aumento de peso <input type="checkbox"/>	Alteración emocional <input type="checkbox"/>	Migraña <input type="checkbox"/>	Dolor pélvico <input type="checkbox"/>	No visualización de los hilos <input type="checkbox"/>	Alergia al látex <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>								
Extracción / discontinuación del método	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Debido a alguna de las situaciones marcadas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Busca embarazo	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cambia por otro método	Cuál?	Condón	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Referida a otro servicio	Salud mental <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Servicio social <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:	Próxima cita	Observaciones:								

<b>EVOLUCIÓN</b>		Establecimiento	N° HC	Lugar de residencia	Seguimiento por telemedicina	Estado civil	Trabaja	Remuneración													
Domicilio		Localidad		rural <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>													
Cobertura y/o protección social	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Teléfono	domic. mens. <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	WhatsApp	email	Ingreso social	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>														
Fecha	dia 1 mes 1 año	Edad	años meses	Estudios	Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Anos en mayor nivel <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>	Identidad de género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fumadora activa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Fumadora pasiva <input type="checkbox"/>	Cigarrillos por día	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Consumo problemático de alcohol	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Uso de drogas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Con pareja	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cambio de pareja	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Parejas sexuales últimos 6 meses	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Fecha última menstruación	dia 1 mes 1 año	No conoce <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/>	Peso	kg	Talla (cm)	IMC	Presión arterial (mmHg)														
Migraña con aura	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis activa	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Uso estos medicamentos	Carbamazepina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Inmovilización prolongada actual	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Si tiene una ITS activa	Sifilis <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Ent. autoinmunes/enf. genéticas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Lupus con ac. antifosfolípidicos	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Lupus con trombocitopenia severa	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Otras	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
HIV	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Alto riesgo para contraer HIV	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Estadio	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Tratamiento	n/c <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	No lo está realizando <input type="checkbox"/>	Lo está realizando	Cuál:	Inhibidores de la proteasa	ITIAN <input type="checkbox"/>	Inhibidor de la integrasa	ITINAN <input type="checkbox"/>	Adherencia	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Utilizó AE	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			
Método actual	Está usando: no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cuáles?	Grado de satisfacción con el MAC elegido	Evolución dentro de parámetros esperables	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Observaciones:															
Presencia de efectos secundarios	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Spotting manchado <input type="checkbox"/>	Amenorrea <input type="checkbox"/>	Sangrado infrecuente <input type="checkbox"/>	Sangrado abundante <input type="checkbox"/>	Aumento de peso <input type="checkbox"/>	Alteración emocional <input type="checkbox"/>	Migraña <input type="checkbox"/>	Dolor pélvico <input type="checkbox"/>	No visualización de los hilos <input type="checkbox"/>	Alergia al látex <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>								
Extracción / discontinuación del método	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Debido a alguna de las situaciones marcadas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Busca embarazo	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cambia por otro método	Cuál?	Condón	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Referida a otro servicio	Salud mental <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Servicio social <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:	Próxima cita	Observaciones:								

<b>EVOLUCIÓN</b>		Establecimiento	N° HC	Lugar de residencia	Seguimiento por telemedicina	Estado civil	Trabaja	Remuneración													
Domicilio		Localidad		rural <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Divorciado/separado <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>													
Cobertura y/o protección social	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Teléfono	domic. mens. <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	WhatsApp	email	Ingreso social	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>														
Fecha	dia 1 mes 1 año	Edad	años meses	Estudios	Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Anos en mayor nivel <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>	Identidad de género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fumadora activa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Fumadora pasiva <input type="checkbox"/>	Cigarrillos por día	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Consumo problemático de alcohol	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Uso de drogas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Con pareja	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cambio de pareja	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Parejas sexuales últimos 6 meses	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Fecha última menstruación	dia 1 mes 1 año	No conoce <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/>	Peso	kg	Talla (cm)	IMC	Presión arterial (mmHg)														
Migraña con aura	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis activa	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Uso estos medicamentos	Carbamazepina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Inmovilización prolongada actual	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Si tiene una ITS activa	Sifilis <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Ent. autoinmunes/enf. genéticas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Lupus con ac. antifosfolípidicos	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Lupus con trombocitopenia severa	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Otras	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
HIV	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Alto riesgo para contraer HIV	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Estadio	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Tratamiento	n/c <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	No lo está realizando <input type="checkbox"/>	Lo está realizando	Cuál:	Inhibidores de la proteasa	ITIAN <input type="checkbox"/>	Inhibidor de la integrasa	ITINAN <input type="checkbox"/>	Adherencia	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Utilizó AE	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			
Método actual	Está usando: no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cuáles?	Grado de satisfacción con el MAC elegido	Evolución dentro de parámetros esperables	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Observaciones:															
Presencia de efectos secundarios	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Spotting manchado <input type="checkbox"/>	Amenorrea <input type="checkbox"/>	Sangrado infrecuente <input type="checkbox"/>	Sangrado abundante <input type="checkbox"/>	Aumento de peso <input type="checkbox"/>	Alteración emocional <input type="checkbox"/>	Migraña <input type="checkbox"/>	Dolor pélvico <input type="checkbox"/>	No visualización de los hilos <input type="checkbox"/>	Alergia al látex <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>								
Extracción / discontinuación del método	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Debido a alguna de las situaciones marcadas	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Busca embarazo	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Cambia por otro método	Cuál?	Condón	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Referida a otro servicio	Salud mental <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Servicio social <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:	Próxima cita	Observaciones:								

SP - Actualizado: 21-03-2023 - versión



---

El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en las áreas de salud materna, neonatal, de la mujer y sexual y reproductiva. Desde su creación en 1970, el CLAP/SMR ha trabajado para buscar la mejoría de la salud perinatal en la Región.

Existe una amplia variedad de situaciones en términos de anticoncepción, en el tipo de métodos anticonceptivos usados tanto entre los países de América Latina y el Caribe y como en interior de éstos, una disparidad que refleja inequidades que repercuten mayormente en las personas más vulnerables.

La propuesta de crear un SIP para anticoncepción surge de la necesidad de contar con una herramienta que registre y permita monitorear sistemáticamente el acceso y el uso de anticonceptivos en la Región.

Por lo tanto, queda de manifiesto la necesidad de contar con una Historia Clínica basada en un consenso de expertos, y en la mejor evidencia científica, en concordancia con los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Métodos Anticonceptivos de OMS de última edición, destinada a registrar esta práctica que fue priorizada en el plan de acción del CLAP para 2020.

El 14 de abril de 2021 se llevó a cabo una reunión precedida por la Dra. Suzanne J. Serruya, y el Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León, respectivamente Directora y Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva del CLAP.

La reunión contó en su apertura con las palabras del Dr. Andrés De Francisco, Director Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida de OPS y del Dr James, Kiarie Coordinador del equipo de Reproducción Humana en la Organización Mundial de la Salud.

Estuvieron presentes el Ing. Luis Mainero, en representación del CLAP y el Dr. José Luis Díaz Rossello, asesores del área de desarrollo del Sistema de Información Perinatal. Se trabajó junto a 29 expertos/as de diferentes agencias como OMS, IPPF/WHR, Jhpiego, USAID entre otros y puntos focales de diferentes países especialistas en el tema, que habían recibido previamente el material para su análisis y aportes.

Los objetivos que se trabajaron en dicha reunión fueron los siguientes:

1. Validar la lista de variables mínimas y opcionales a ser incluidas en la historia clínica de anticoncepción del SIP Plus.

---

2. Definir un conjunto de indicadores básicos a ser reportados en tres niveles:

- a. Individual (calidad de prestación de salud)
- b. Institucional (calidad del servicio)
- c. Nacional o Regional (indicadores de programa).

3. Definir usos de inteligencia artificial en el HC:

- a. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME)
- b. Planificación de asistencia por períodos de tiempo
- c. Planificación esperada de uso de métodos modernos para facilitar logística de suministros.

El resultado de los mismos se llevó a la historia clínica que se presenta en este documento y una serie de indicadores han quedado para incorporación en una próxima etapa.

## Llenado de la historia clínica

Los datos que se registran en esta Historia Clínica tienen por objetivo mejorar la atención en salud sexual y salud reproductiva.

**Esta Historia clínica se debe abrir solamente cuando se haya descartado el embarazo.**

### Lista de Verificación de Embarazo

Haga a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que “sí” a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones correspondientes.

NO	SI
1 ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días?	
2 ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su última menstruación, o desde el último parto o aborto espontáneo o provocado?	
3 ¿Ha estado utilizando algún método anticonceptivo fiable de manera sistemática y correcta desde su última menstruación, o desde el último parto o aborto espontáneo o provocado?	
4 ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
5 ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está alimentando a su bebé con lactancia natural exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
6 ¿Ha tenido un aborto espontáneo o provocado en los últimos 7 días?*	

\* Si la usuaria prevé usar un DIU de cobre, el periodo de 7 días se amplía hasta los 12 días

Aunque la usuaria haya contestado que “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación.

Descártelo por otros medios.

Si la usuaria ha respondido que “sí” a *al menos a una* de las preguntas puede estar razonablemente seguro de que no está embarazada.

Fuente: Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. Washington, CCP/OPS, 2019. p 441.

---

Para ello se han tomado antecedentes relevantes de la persona, tanto de su salud física, emocional como de sus hábitos y del entorno en que transcurre su vida.

Con el fin de llamar la atención sobre factores o situaciones de alerta, algunos casilleros se presentan coloreados en amarillo. Se destaca entonces que hay casilleros de color amarillo que indican posibles situaciones de riesgo aumentado.

Se confecciona la historia clínica en base a los **“Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”**\* (CME) para que de esta manera se pueda trabajar con las cuatro categorías que marca la OMS para poder utilizar un método anticonceptivo de manera segura.

### **\* MENSAJE DE ALERTA AL PIE DE PANTALLA**

Aparece cuando una condición o más de salud de la persona lleva a un cambio de Categoría de acuerdo con los CME.

También aparece como nota al pie de pantalla cuando es necesario brindar un mensaje claro, por ejemplo: debe utilizar preservativo.

La alerta al pie de página se eliminará cuando usted marcar otro MAC más seguro o haya sumado por ejemplo el uso del preservativo dependiendo de cada situación en particular.

- \* Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición 2015: resumen ejecutivo, 5a ed. Geneva OMS; 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205016>

# IDENTIFICACIÓN

FORMULARIO ANTICONCEPCIÓN - CLAP/SMR-OPS/OMS										Establecimiento		N° HC		N° de edad	
Nombres				Apellidos						Autorización		Fecha de nacimiento			
Domicilio				Localidad		Lugar de residencia rural <input type="radio"/> urbano <input type="radio"/>		Seguimiento por telemedicina no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		a) Para seguimiento <input type="radio"/>		dia   mes   año			
Cobertura y/o protección social no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		N° de documento		Teléfono		Celular domic. <input type="radio"/> mens. <input type="radio"/>		WhatsApp		email		b) Para enviar información <input type="radio"/>		Sexo Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> Intersex <input type="radio"/>	
														Identidad de género Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No binario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	

## Establecimiento

Consignar el código asignado al establecimiento para su identificación. Admite hasta siete dígitos. El objetivo de este casillero es identificar la institución a la que corresponde la historia clínica cuando su contenido se integra a un banco de datos regional o nacional.

## N° HC (número de historia clínica)

Es el número de historia clínica asignado por el establecimiento donde es atendida/o, admite hasta diez dígitos. Se recomienda que este número se corresponda con el número de documento de la persona. Si al implementarse la HC ya tuviera iniciada una historia clínica en la institución, anotar el número que le fue asignado anteriormente.

## N° Identidad

Si la persona tiene documento de identidad, consignar el número.

## Nombres - Apellidos

Espacio para colocar el(los) nombre(s) y apellidos (paterno y materno) de la mujer.

## Domicilio - Localidad

Se refiere a la residencia habitual de la mujer. Anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km 5 de la ruta 3).

## Lugar de residencia

Indicar si el lugar en donde vive la persona es en el área rural o urbana.

## Seguimiento por telemedicina

Marque si se puede realizar. El **NO** se marca en amarillo por la limitación en el acceso que puede resultar de eso. Esta respuesta debe incluir la indicación de si dio a) AUTORIZACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO y b) que se le puede enviar INFORMACIÓN DE INTERES.

---

## **Fecha de nacimiento**

Anotar día, mes y año del nacimiento de la mujer (en formato dd/mm/aa).

## **Sexo**

FEMENINO/ MASCULINO/ INTERSEX

Consignar el sexo asignado al nacer de acuerdo a los genitales externos que presenta e intersex cuando estos se presentan ambiguos o no pueden definirse.

## **Identidad de género**

FEMENINO/ MASCULINO/ NO BINARIO/ OTRO

Consignar la identidad como la persona se autopercibe.

## **Cobertura y/o protección social:**

**NO SI N/C** (no conoce)

Consignar la condición de la persona en términos de cobertura y/o protección social y, en caso afirmativo el código correspondiente, de acuerdo con las categorías definidas en el país.

## **Teléfono**

Anotar los datos que permitirán comunicarse con la persona: teléfono, WhatsApp, email.

Teléfono del domicilio habitual y celular si tuviese. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la persona.

### **DOMICILIO (DOMIC)**

Anotar el teléfono del domicilio habitual.

### **MENSAJES (MENS)**

Si no tuviera, anotar un número de teléfono alternativo que permita comunicarse a través de mensajería.

### **CELULAR**

Consignar el teléfono celular si lo tuviese, al igual que WhatsApp.

### **EMAIL**

Consignarlo si tuviese un correo electrónico para poder comunicarse con la persona o hacerle llegar información.

# CONSULTA PRINCIPAL

CONSULTA PRINCIPAL		Fecha	Edad (años)	Etnia	Estado civil	Trabaja	Remuneración	Alfabeto	Estudios
Espontánea <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	Referida <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	día   mes   año [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] < 15 años <input checked="" type="radio"/>	Afro <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Mestiza <input type="radio"/> Amarilla <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Casada <input type="radio"/> Unión estable <input type="radio"/> Divorciada/separada <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Sida <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Ingreso social no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	Ninguno <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Universitarios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Motivos de consulta Inicio MAC <input type="radio"/> Control evolutivo del MAC <input type="radio"/> → Método(s) en uso: _____		Momento de inicio MAC colocado en intervalo <input type="radio"/> MAC colocado en post evento obstétrico <input type="radio"/>		Otros motivos de consulta <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Cuál: _____					

## Espontánea

Marcar **SI** si la persona concurre a la consulta en forma espontánea; caso contrario marcar **NO**.

## Referida

Marcar **SI** si la persona ha sido referida a la consulta por un profesional o servicio; caso contrario marcar **NO**.

## Fecha

Consignar el día, mes y los dos dígitos del año en que se realiza la consulta (dd/mm/aa).

## Edad

Al momento de la primera consulta preguntar: ¿Cuántos años cumplidos tiene? Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años, marcar también el casillero amarillo. Esta alerta es para detectar posibles situaciones de cohesión o abuso.

## Etnia

Se ha incluido este dato debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la población de la región. Este importante grupo de población presenta condiciones de vida y acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables. Si bien existe una sola raza (Humana), sinónimo de especie humana, las poblaciones se agrupan en etnias. Las etnias las constituyen grupos humanos que comparten mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana. Una de las estrategias para mejorar la situación de estas poblaciones es haciendo visible sus necesidades a través de la presentación de indicadores de salud desagregados por grupo étnico.

La mayor parte de los países han iniciado esfuerzos o ya han incorporado preguntas en los censos nacionales en este tema. Las formas de obtener este dato varían de país a país. Todos son de auto identificación, aunque en algunos casos se hace referencia al color de piel y en otros casos se pregunta por el grupo indígena con el cual se identifica la persona. En

---

todos los casos las opciones de respuesta incluyen los nombres de las etnias específicas del país. A manera de ilustración se incluye la variable Etnia con cinco opciones de respuesta: afro, blanca, amarilla, indígena, mestiza y otra.

### **Estado civil**

Registrar el estado civil según corresponda: casada, divorciada/separada, viuda, unión estable, soltera, sin definir (S/D).

### **Trabaja**

Se entiende como trabajo formal al trabajo en el que una empresa o persona, contrata a un empleado bajo un acuerdo laboral establecido que incluye salario, cobertura de salud, horarios y días laborales definidos. Consignar “trabaja si está trabajando en el momento de la entrevista”. Marcar con una cruz (x) la opción **SI**. En caso contrario marcar con una cruz (x) la opción **NO**.

### **Remuneración**

Marcar con una cruz (x) **SI** o **NO** de acuerdo a si percibe o no una remuneración por su trabajo.

### **Ingreso social**

Marcar con una cruz (x) **SI** o **NO** de acuerdo a si percibe o no una remuneración por parte del estado u otra organización.

### **Alfabeta**

Preguntar: ¿Sabe leer y escribir? Anotar la respuesta (**SI** o **NO**) según corresponda.

### **Estudios**

Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar si estudió o estudia: si la respuesta es negativa marcar con una cruz (x) ninguno; si la respuesta es afirmativa preguntar ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria? Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

### **Años en el mayor nivel**

Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a ‘años en el mayor nivel’.



# Motivos de consulta

<b>Motivos de consulta</b> Inicio MAC: <input type="radio"/> Control evolutivo del MAC: <input type="radio"/> → Método(s) en uso: _____	<b>Momento de inicio</b> MAC colocado en intervalo: <input type="radio"/> MAC colocado en post evento obstétrico: <input type="radio"/>	<b>Otros motivos de consulta</b> no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Cuál: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Se debe tener en cuenta aquí que puede marcarse un MOTIVO DE CONSULTA por ejemplo CONTROL EVOLUTIVO DEL MAC con una de las dos opciones de MOMENTO DE INICIO, por ejemplo: MAC EN EL INTERVALO.**

## INICIO DE METODO ANTICONCEPTIVO (MAC)

Sí la consulta es realizada para decidir un método anticonceptivo.

## CONTROL EVOLUTIVO DEL MAC

Puede ocurrir que la usuaria esté utilizando ya un método anticonceptivo y concurra para que se la controle o solicitar más insumos, por ejemplo, pastillas anticonceptivas.

## MÉTODOS EN USO

Hacer clic en una de las flechas; se desplegará un listado con los diferentes MAC disponibles. Seleccionar los métodos en uso haciendo clic sobre el lo(s) mismo(s).

## Momento de inicio

### MAC COLOCADO EN EL INTERVALO

Marcar esta opción si ya tiene colocado el MAC por ejemplo, un implante o DIU Cu o DIU Lng o esté utilizando pastillas, inyectables u otros, luego del parto, aborto o embarazo ectópico como así también los casos en que nunca haya pasado por una situación de embarazo y concurra para su iniciar un método anticonceptivo.

### MAC INICIADO post EVENTO OBSTÉTRICO

Marcar esta opción si ya tiene colocado un implante o DIU Cu o DIU Lng, o se le haya entregado para su inicio inmediatamente luego del parto, aborto o embarazo ectópico, antes de dejar el lugar donde fue atendida y concurra para su control.

## Otros motivos de consulta

Marcar con una cruz (x) la opción **NO** sino corresponde; marcar con una cruz (x) la opción **SÍ**, cuando consulta por otro motivo y se aborda el tema del MAC. En ese caso especifique cual fue el motivo de la consulta.

# ANTECEDENTES / SITUACIÓN ACTUAL GINECOLÓGICOS

ANTECEDENTES / SITUACIÓN ACTUAL													
Ginecológicos	Menarca años	Fecha última menstruación día   mes   año No conoce <input checked="" type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/>	Ciclos regulares no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Dismenorrea no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Sangrado vaginal causa desconocida no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Sexualidad Requiere información no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Relaciones sexuales no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Edad de I.R.S. (años)	I.R.S. voluntaria no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	hetero <input type="radio"/> homo <input type="radio"/> ambas <input type="radio"/>	Con pareja no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> única <input type="radio"/> varias <input type="radio"/>	Edad de la pareja años	Parejas sexuales últimos 6 meses
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones:													

## MENARCA

Anotar la edad en años de la primera menstruación.

## FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Preguntar sobre el día de la última menstruación, anotando el día, el mes y los dos últimos dígitos del año en que ocurrió. Por ejemplo 04/05/10 para el 4 de mayo de 2010. Si la persona no recordara su fecha de última menstruación, marcar una cruz (x) en la opción “no conoce”. Este casillero en amarillo marca la importancia que tiene la falta de registro de la fecha para la persona o la posibilidad de embarazo.

En este caso es conveniente reforzar las acciones sobre educación sexual. Si no menstrua por algún motivo: lactancia, amenorrea secundaria por diversos motivos, marcar con una cruz en el casillero “no corresponde”.

**Esta Historia clínica se debe abrir solamente cuando se haya descartado el embarazo.**

## Lista de Verificación de Embarazo

Haga a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que “sí” a *cualquier pregunta*, deténgase y siga las instrucciones correspondientes.

NO	SI
1 ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días?	
2 ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su última menstruación, o desde el último parto o aborto espontáneo o provocado?	
3 ¿Ha estado utilizando algún método anticonceptivo fiable de manera sistemática y correcta desde su última menstruación, o desde el último parto o aborto espontáneo o provocado?	
4 ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
5 ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está alimentando a su bebé con lactancia natural exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
6 ¿Ha tenido un aborto espontáneo o provocado en los últimos 7 días?*	

\* Si la usuaria prevé usar un DIU de cobre, el período de 7 días se amplía hasta los 12 días

Aunque la usuaria haya contestado que “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación.

Descártelo por otros medios.

Si la usuaria ha respondido que “sí” a *al menos a una* de las preguntas puede estar razonablemente seguro de que no está embarazada.

Fuente: Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. CCP y OPS, 2019. p 441. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

---

## CICLOS REGULARES

Se consideran como ciclos regulares, aquellos en los que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor a 21 días ni mayor a 35. Marcar **NO** o **SI** con una cruz (x) en el casillero correspondiente.

## DISMENORREA

Se considera dismenorrea al dolor menstrual que limita en cierta forma las actividades diarias. Marcar una cruz (x) si existe dolor o si no existe. Sí presenta dismenorrea, el casillero está en amarillo marcando la importancia de este dato.

## SANGRADO VAGINAL DE CAUSA DESCONOCIDA

Cualquier ginecorragia que no pueda identificar la procedencia. Marcar una cruz (x) en el casillero correspondiente: **NO** si no tiene y **SI** si presenta sangrado, en este caso el círculo está en amarillo resaltando la importancia de este dato.

## Sexualidad

### REQUIERE INFORMACIÓN

Consignar si la persona ha recibido asesoría sobre educación sexual integral y si específicamente acerca del uso de métodos anticonceptivos (MAC) e infecciones de transmisión sexual (ITS). Marcar una cruz (x) en el casillero correspondiente: **NO** o **SI**. La respuesta **SI** está en amarillo dada la importancia del asesoramiento desde su sexualidad y métodos de cuidado y métodos anticonceptivos.

### Relaciones sexuales

De acuerdo a si mantuvo alguna vez relaciones sexuales marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI**.

### EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES (IRS)

Si la respuesta anterior fue **SI** mantuvo, consignar la edad en años de la primera relación sexual, aunque al momento de la consulta no mantenga relaciones sexuales.

Es conveniente preguntar a la persona a solas, en el momento oportuno de la consulta.

### INICIO DE RELACIONES SEXUALES VOLUNTARIAS

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI**. De marcarse **NO** está en amarillo dada la importancia.

Se debe tener en cuenta la posibilidad de antecedentes de abuso sexual, condición que implica cualquier contacto sexual entre una persona que no ha completado su desarrollo madurativo, emocional y cognitivo y otra,

---

que la obliga o ejerce coerción, moral o afectivamente, a mantener una actividad sexual de cualquier tipo, con o sin penetración, incluyendo caricias. En forma similar se entiende por abuso sexual el caso de una persona que habiendo completado su desarrollo es obligada a participar en una actividad sexual no deseada. Preguntar si alguna vez tuvo relaciones sexuales sin desearlas y bajo presión, u obligó a alguien a tenerlas. También puede ser un recurso preguntar cómo y con quién fueron sus primeros acercamientos sexuales, sus primeras relaciones sexuales. Si necesita puede especificar en observaciones.

Si ha tenido relaciones sexuales consignar si son o han sido con parejas:

heterosexuales (parejas de distinto sexo),  
homosexuales (parejas del mismo sexo),  
ambas (tanto con parejas de distinto sexo como del mismo).

Se señalará **sólo una opción**. Si fuera necesario, especificar en Observaciones.

### **Con pareja**

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI** según esté en ese momento.

### **UNICA /VARIAS**

Consignar en esta variable si la persona está con una o varias parejas a la vez.

Se señalará **sólo una opción**. Si fuera necesario, especificar en Observaciones.

### **EDAD DE LA PAREJA**

Consignar la edad en años.

### **Parejas sexuales en los últimos 6 meses**

Consignar el número de parejas sexuales de los últimos 6 meses, completando con dos cifras.

Más de 4 parejas y no usa condón, aparecerá una alerta

*Recomendar a la usuaria el uso adicional del condón. Como doble protección.*

### **OBSERVACIONES**

Utilizar este espacio con texto libre para cualquier información adicional .

## RIESGO PARA CONTRAER INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Los siguientes comportamientos sexuales pueden aumentar la exposición a las ITS y deben ser tenidos en cuenta al momento de llenar la historia clínica:

- relaciones sexuales con una pareja que tiene síntomas de ITS;
- relaciones sexuales con una pareja a la que recientemente se le ha diagnosticado o tratado una ITS;
- relaciones sexuales con más de una pareja (cuantas más parejas, mayor es el riesgo);
- relaciones sexuales con una pareja que tenga relaciones sexuales con otras personas y no utilice siempre preservativos;
- relaciones sexuales sin preservativo con prácticamente cualquier nueva pareja en una comunidad donde muchas personas tienen ITS.

### Puntos Clave para Proveedores y Usuaris

- **Las personas con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por VIH, pueden usar la mayoría de los métodos de planificación familiar de manera segura y efectiva.**
- **Los preservativos masculinos y femeninos pueden prevenir las ITS** si se utilizan sistemática y correctamente.
- **El riesgo de contraer ITS se puede reducir también de otras maneras:** limitando el número de parejas, absteniéndose de tener relaciones sexuales y teniendo una relación de mutua fidelidad con una pareja que no esté infectada.
- **Es frecuente que las ITS no produzcan signos o síntomas, sobre todo en las mujeres.** Las personas deben solicitar atención si piensan que ellas o sus parejas podrían tener una **ITS**.
- **Algunas ITS pueden tratarse.** Cuanto antes sean tratadas, menor será la probabilidad de que causen problemas a largo plazo, como infertilidad o dolor crónico, o de infectar a la pareja sexual o al feto.
- **En la mayoría de los casos el flujo vaginal se debe a infecciones que no son de transmisión sexual.**

Para mayor información consultar: Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington, D.C.: CCP, OPS; 2019. p 329. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

# INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Se refiere a enfermedades infecciosas adquiridas, habitualmente, por contacto sexual como **GONORREA, CLAMIDIA, HPV, SIFILIS, HERPES**. Se incluye **HIV**.

<b>I.T.S.</b> ¿Ha tenido alguna I.T.S.? no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>¿Tiene alguna I.T.S.?</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>HIV</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Estado</b> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/>		<b>Alto riesgo para contraer HIV</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Tratamiento</b> n/c <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> No lo está realizando no <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lo está realizando		<b>Inhibidores de la proteasa</b> <input type="radio"/> <b>Inhibidor de la integrasa</b> <input type="radio"/> <b>ITIAN</b> <input type="radio"/> <b>ITINAN</b> <input type="radio"/>	
<b>GONORREA</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>CLAMIDIA</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>HPV</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Cervix</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Vulva</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Tratamiento</b> n/c <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> No lo está realizando no <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lo está realizando Lo finalizó <input type="radio"/>		<b>Tratamiento</b> n/c <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> No lo está realizando no <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lo está realizando Lo finalizó <input type="radio"/>	
<b>SIFILIS</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>HERPES</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Pareja actual</b> ¿Ha tenido alguna I.T.S.? no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Pareja actual</b> ¿Tiene alguna I.T.S.? no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Pareja actual</b> ¿Tiene alguna I.T.S.? no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		<b>Tratamiento</b> n/c <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> No lo está realizando no <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lo está realizando Lo finalizó <input type="radio"/>		<b>Tratamiento</b> n/c <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> No lo está realizando no <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lo está realizando Lo finalizó <input type="radio"/>	

¿HA TENIDO ALGUNA ITS?

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI**.

CUÁL:

Especificar cuál infección tuvo. Si está trabajando on line se desplegará un listado para marcar la(s) que corresponde(n): Gonorrea, Clamidia, HPV: Vulva/Cérvix, Sífilis, Herpes.

¿TIENE ALGUNA ITS?

Se refiere si actualmente está cursando la infección.

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI**.

Si marca **NO** automáticamente se marcará **NO** en cada una de las Infecciones.

Si marca **SI**, especificar cuál es la infección que está cursando. Si está trabajando on line se desplegará un listado para marcar la(s) que corresponde(n):

Gonorrea, Clamidia, HPV: Vulva/Cérvix, Sífilis, Herpes.

**Si marca que tiene alguna ITS** y no usa condón y **no** está realizando el tratamiento o lo está realizando, pero no lo ha finalizado, aparecerá una alerta:

*Recomendar a la usuaria el uso adicional del condón. Como doble protección.*

---

Luego de marcar la infección, se desplegarán las siguientes opciones:

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI.**

A la respuesta afirmativa, tiene indicación de tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica lo está realizando.  
lo finalizó.

Luego consignar ¿Cuál? Ante esta variable en cada una de las Infecciones se abrirá una posibilidad de tratamiento.

### HIV - VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda si lo tiene: **NO** o **SI** (se marca círculo amarillo para destacar su importancia), aunque no haya sido adquirido por transmisión sexual.

\*Si la condición es: HIV positivo y no usa condón aparecerá una alerta:

*Recomendar a la usuaria el uso adicional del condón. Como doble protección.*

### ALTO RIESGO PARA CONTRAER HIV

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda **NO** o **SI**.

Hay algunos comportamientos y afecciones que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH:

- tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;
- padecer otra infección de transmisión sexual (ITS) como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea;
- compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material de inyección contaminado para consumir drogas inyectables;
- recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas entre otros.

De estar presente este tipo de afecciones o comportamiento la persona está más expuesta.



---

## ESTADIO DE LA ENFERMEDAD HIV

Marcar con una cruz (X) el casillero que corresponda.

- Etapa 1 (infección por HIV): el recuento de células CD4+ es al menos 500 células por microlitro.
- Etapa 2 (infección por HIV): el recuento de células CD4+ es de 350 a 499.
- Etapa 3 (enfermedad por HIV avanzada): El recuento de células CD4+ es de 200 a 349.
- Etapa 4 (SIDA): el recuento de células CD4+ es menos de 200 o el porcentaje de células CD4+ es menos del 15% de todos los linfocitos.

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde.

**NO**

**SI**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando, en amarillo por la gravedad que implica.  
lo está realizando.

¿Cuál?

Marcar el grupo al que corresponda el medicamento que está utilizando.

### Inhibidores de la proteasa:

Atazanavir reforzado con ritonavir (ATV/r)

Lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r)

Darunavir reforzado con ritonavir (DRV/r)

Ritonavir (RTV)

### Inhibidor de la integrasa:

Raltegravir (ral)

---

## ITIAN:

Abacavir (ABC)  
Tenofovir (TDF)  
Zidovudina (AZT)  
Lamivudina (3TC)  
Didanosina (DDI)  
Emtricitabina (FTC)  
Estavudina (D4T)

## ITINAN

Efavirenz (EFV)  
Etravirina (ETR)  
Nevirapine (NVP)  
Rilpivirina (RPV)

o las combinaciones correspondientes.

El cambio a considerar es que las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y están o no en tratamiento, en general **no deben iniciar el uso de DIU Lng** o **DIU Cu** (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.

## GONORREA

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde  
**NO**  
**SI.**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica  
lo está realizando  
lo finalizó.

¿CUÁL?

Marcar el(los) medicamento(s) que está utilizando.

Ante la presencia de Resistencia se sugiere utilizar doble medicación:

- Ceftriaxona en dosis de 250 mg por vía intramuscular (i.m.) mediante una sola dosis MÁS azitromicina en dosis de 1 g por vía oral mediante una sola dosis.

- 
- Cefixima en dosis de 400 mg por vía oral mediante una dosis única MÁS azitromicina en dosis de 1 g por vía oral mediante una sola dosis.

Terapia única (una de las siguientes, basada en datos recientes de resistencia local que confirmen la susceptibilidad al antimicrobiano):

- Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única
- Cefixima 400 mg por vía oral en dosis única
- Espectinomina 2 g IM en dosis única.

Fuente: WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva, WHO, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf?sequence=1>

## CLAMIDIA

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI.**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica  
lo está realizando.  
lo finalizó.

¿CUÁL?

Marcar el(los) medicamento(s) que está utilizando.

Azitromicina 1 gr. Dosis única.

Doxiclina 100 mg cada 12 hs durante 7 días

Tratamientos alternativos:

Tetraciclina 500 mg vía oral cuatro veces por día 7 días

Eritromicina 500 mg vía oral cuatro veces por día 7 días

Fuente: WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva, WHO, 2016. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1031437/retrieve>

---

## HPV

*Cervix*

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica  
lo está realizando.  
lo finalizó.

¿CUÁL?

Se deja espacio para ser completado, dada la diversidad de posibles terapéuticas.

*Vulva*

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica  
lo está realizando.  
lo finalizó.

¿CUÁL?

Se deja espacio para ser completado, dada la diversidad de posibles terapéuticas.

## SIFILIS

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI**

---

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica lo está realizando.  
lo finalizó.

¿CUÁL?

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades, una vez, por vía intramuscular.

Tratamientos alternativos por alergia a la penicilina:

- Doxiciclina 100 mg dos veces al día por vía oral durante 14 días
- Ceftriaxona 1 g por vía intramuscular una vez al día durante 10-14 días
- Azitromicina 2 g una vez por vía oral en circunstancias especiales

Fuente: WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva, WHO, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf;sequence=1>

## HERPES GENITAL

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica lo está realizando.  
lo finalizó.

¿CUÁL?

- Aciclovir 400 mg vía oral tres veces por día durante 10 días.  
Aciclovir 200 mg vía oral cinco veces por día durante 10 días.
- Valaciclovir 500 mg vía oral dos veces por día durante 10 días.
- Famciclovir 250 mg vía oral tres veces por día durante 10 días.

---

RECURRENCIA:

- Aciclovir 400 mg vía oral tres veces por día durante 5 días.

Fuente: WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus I. Geneva, WHO, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250693/9789241549875-eng.pdf>

PAREJA ACTUAL HA TENIDO ALGUNA ITS

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI** (si la respuesta es afirmativa, este casillero está de color amarillo por la importancia que reviste)

¿CUÁL?

Especificar cuál ITS tuvo.

PAREJA ACTUAL TIENE ALGUNA ITS:

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI** (si la respuesta es afirmativa, este casillero está de color amarillo por la importancia que reviste)

¿CUÁL?

Especificar cuál ITS tiene.

PAREJA ACTUAL

**Tratamiento**

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde

**NO**

**SI**

Si la respuesta es **SI** que necesita tratamiento, se deberá completar las opciones:

no lo está realizando – casilla en amarillo por la gravedad que implica lo está realizando.  
lo finalizó.

¿CUÁL?

Especificar el tratamiento.

# ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

OBSTÉTRICOS		Fin embarazo anterior	Tiempo desde la última gesta	Lactancia
gestas	abortos	Fin embarazo anterior dia mes año	años meses días	Lactancia no si
emb. ectópico	3 abortos consecutivos	Embarazo planeado → no si	< 21 días 21 a 42 días 6 semanas a 6 meses > 6 meses	
partos	cesáreas	Falla en MAC en último embarazo		
vaginales		no usaba barrera DIU hormo. nat. emergencia natural		
nacidos vivos	nacidos muertos			
viven				

## GESTAS (GESTACIONES) PREVIAS

Se refiere al número de gestaciones previas. Colocar 00 si nunca estuvo embarazada.

## ABORTOS

Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos. En relación con el número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos o inducidos consecutivos, entonces marcar el círculo amarillo correspondiente.

## PARTOS / VAGINALES – CESÁREAS

Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntará: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuantos fueron por cesárea? La cesárea se marca en casillero amarillo para marcar la diferencia en el parto quirúrgico.

## EMBARAZO ECTOPICO (emb. ectópico)

Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

## NACIDOS VIVOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. Se completa con dos dígitos. Si solo tiene 1 nacido vivo se pondrá 01.

## NACIDOS MUERTOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo. Dado la relevancia del dato se marca en casillero pintado de amarillo.

---

## VIVEN

Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta. Se completa con dos dígitos. Si solo tiene 1 vivo se pondrá 01.

## FIN EMBARAZO ANTERIOR

Fecha de finalización del último embarazo. Dejar en blanco si no corresponde.

Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior, ya sea que se trate de un parto o un aborto espontáneo o inducido.

## EMBARAZO PLANEADO

Se refiere al embarazo intencional que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará **SI**, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará **NO** (en amarillo).

Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar:

Cuándo supo de este embarazo ¿quería estar embarazada?, ¿quería esperar más tiempo? o ¿no quería tener (más) hijos?

## FALLA EN EL MAC EN ÚLTIMO EMBARAZO

Preguntar: Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar quedar embarazada? Las respuestas posibles están clasificadas como:

no usaba - no usaba ningún método

barrera - condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.

DIU - dispositivo Intrauterino

hormonal - oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.

emergencia - anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.

natural - métodos naturales: método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

Se marca en casillero amarillo dada la relevancia que tiene si el embarazo se debe a la falla del MAC que estaba utilizando.



## Tiempo desde la última gestación

Es el tiempo transcurrido desde el fin de la última gestación a la fecha.

Utilizar especialmente este espacio en los casos en que tuvieron su parto o cesárea en un corto plazo.

Completar en años, meses y días, con dos cifras. Si es 1 año 2 meses y 10 días se pondrá: AÑOS: 01 MESES: 02 DÍAS: 10, si por ejemplo es 15 días se pondrá: 00-00-15

*\*En caso de utilizar la versión on line este cálculo se hará automáticamente. El resultado obtenido es aproximado.*

A su vez se completará automáticamente los días señalados en el cuadro inferior a lactancia: MENOR A 21 DÍAS, 21 a 42 DÍAS, 6 SEMANAS A 6 MESES Y MAYOR A 6 MESES.

## LACTANCIA

Marcar **SI** o **NO** de acuerdo a la situación actual de la mujer.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIARES			
	no	si	no sabe
Diabetes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muerte súbita	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de ovario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de colon	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se refieren a los antecedentes de la madre, padre o hermanos/as.

Preguntar: ¿En su familia alguien ha tenido... (mencionar cada una de las patologías de la historia clínica)? Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente: Sí en el caso que la respuesta es afirmativa y el casillero está en amarillo para resaltar el antecedente, **NO** si la respuesta es negativa o **NO SABE** si ignora el antecedente.

# ANTECEDENTES PERSONALES

PERSONALES	Alteración emocional	Enfermedades crónicas	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedad hepática
<b>Vacuna HPV</b> completa <input type="radio"/> en curso <input checked="" type="radio"/> incompleta <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>
<b>Migraña</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> <b>Con aura</b> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Violencia</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	<b>Diabetes</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> > 20 años evol. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Neuro / Retino / Nefropatía <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	HTA no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Cardiopatía isquémica <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ACV <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> TV/TEP <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Nefropatía <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Hepatitis activa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Cirrosis severa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Adenoma hepatocelular <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Cáncer de hígado <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>TBC</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>	Cuál: _____ <b>Inmovilización prolongada actual</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	<b>Enf. autoinmunes/enf. genéticas</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Mutaciones trombogénicas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Lupus <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Lupus con ac. antifosfolípidicos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Lupus con trombocitopenia severa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Otras <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Cáncer</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> De mama <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> De endometrio <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> De cervix <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> De ovario <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Discapacidad</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Destreza manual reducida <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Movilidad reducida <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Intelectuales <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Visual <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
	<b>Uso de medicamentos</b> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Carbamazepina <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Anticoagulantes <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Rifampicina <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Cuál: _____		

El detalle de la información solicitada se debe a la importancia que presentan estos antecedentes para la elección y uso del MAC. Por esto mismo algunos casilleros están en color amarillo.

Se refiere a los antecedentes propios de la persona o al estado actual. Notar que la lista incluye desde la vacuna para la prevención del virus del HPV, enfermedades crónicas, como ingesta de medicamentos de uso continuo. Esto se debe a la importancia de poder contar con toda la información necesaria, que hacen a la persona y que puedan modificar las condiciones para el uso de los diferentes MAC.

A continuación, se detallan puntualmente cada uno de los ítems.

PERSONALES
<b>Vacuna HPV</b> completa <input type="radio"/> en curso <input checked="" type="radio"/> incompleta <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>
<b>Migraña</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>
<b>Con aura</b> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>TBC</b> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>

## Vacuna HPV

Verificar y registrar si el esquema de vacunación está completo de acuerdo a las normas nacionales de inmunización vigentes. Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente: **completo, en curso, incompleto o NO.**

## Migraña

La migraña puede causar un dolor pulsátil intenso o una sensación de latido en la cabeza, generalmente de un solo lado. Se puede preguntar: ¿Alguna vez percibe zonas brillantes con pérdida de visión en el ojo antes de sufrir un dolor de cabeza muy intenso (aura migrañosa)? ¿Tiene dolor de cabeza intenso, pulsátil, a menudo en un lado de la cabeza, que puede durar desde unas pocas horas hasta varios días y puede provocarle náuseas o vómitos (migrañas o jaquecas)? Esos dolores de cabeza a menudo empeoran con la luz, el ruido o al moverse.

Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente de migraña: **NO, SI o NO SABE** y si es con aura: **NO, SI o NO SABE**.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo dada la importancia que tiene en la elección del MAC.

## Tuberculosis (TBC)

TBC		
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no sabe <input type="radio"/>

Si tiene o ha tenido la enfermedad.

Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente **NO, SI o NO SABE**.

Al marcar TBC aparecerá un mensaje de alerta que dice:

*De ser portadora de una Tuberculosis pelviana la colocación del DIU es categoría 4.*

## Alteración emocional

Alteración emocional		
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no sabe <input type="radio"/>

Las alteraciones emocionales son estados transitorios usualmente debidos a situaciones percibidas por los individuos como amenazantes o de peligro. Entre las más frecuentes se encuentran la ansiedad, la ira o el estrés

Es importante consignar la alteración emocional, de acuerdo a lo que la persona refiera, para evaluar si influye en la posibilidad de adherencia al método anticonceptivo elegido.

Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente **NO, SI o NO SABE**.

## Violencia

Violencia	
no	si
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cuál: _____	

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. También es importante tener en cuenta la violencia psicológica o emocional.

Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente: **NO, SI y Cual.**

Usar como referencia el siguiente material:

- 1. Violencia sexual**
- 2. Violencia de pareja**
  - 2.1 Violencia física**
  - 2.2 Maltrato emocional**
  - 2.3 Coerción reproductiva**
  - 2.4 Violencia sexual**

### 1. Violencia sexual

Se refiere a la violación sexual o a los actos sexuales forzados; puede ser cometida por un conocido de la mujer (la pareja, otro miembro de la familia, un amigo o un allegado) o por un desconocido.

### 2. Violencia de pareja

Se refiere al maltrato pasado o presente cometido por la actual pareja o por una expareja (marido, novio, amante, etc.).

Las mujeres pueden sufrir varios tipos de violencia infligida por una pareja masculina: violencia física, maltrato emocional o psicológico, comportamientos controladores y agresiones sexuales. A efectos de facilitar la comprensión del fenómeno las diferentes formas de violencia se describen separadamente, aunque algunas veces ocurran de manera simultánea. A modo de ejemplo, una mujer que sufre violencia física y/o sexual también es víctima de maltrato emocional y psicológico.

---

## 2.1 Violencia física de pareja

Consiste en causar lesiones o daños corporales a la mujer, por ejemplo, mediante golpes, bofetadas, patadas, puñetazos o empujones, o con un arma.

## 2.2 Maltrato emocional y psicológico de pareja

Incluye varios tipos de comportamiento hacia la mujer como:

- criticarla reiteradamente;
- insultarla, burlarse de ella y ridiculizarla (por ejemplo, decirle que es fea o estúpida);
- amenazarla con lastimarla a ella o a sus hijos;
- amenazarla con destruir objetos que son importantes para ella;
- despreciarla y humillarla en privado o en público.

## 2.3 Coerción reproductiva o Comportamientos controladores

Se denomina “*coerción reproductiva*” a los comportamientos ejercidos por la pareja para interferir con el uso de los anticonceptivos y/o con el embarazo. Estos comportamientos pueden provenir de alguien que estaba, está o desea estar en una relación de pareja o salir con una persona. Dichos comportamientos pueden incluir:

- intentar que una mujer quede embarazada en contra de su voluntad;
- ejercer control sobre el curso del embarazo: presionar para que se continúe o se interrumpa el embarazo;
- coaccionar a la pareja para tener relaciones sexuales sin protección;
- interferir con el uso de los métodos anticonceptivos.

Las mujeres que buscan anticoncepción de emergencia o servicios de aborto pueden tener más probabilidad de estar experimentando violencia de pareja que las demás mujeres que acuden a la consulta. Es necesario estar especialmente alerta en estos casos para reconocer cualquier indicio de violencia.

---

*Comportamientos controladores incluyen, por ejemplo:*

- no permitir a la mujer que salga de la casa o aislarla de su familia o sus amigos;
- insistir en saber dónde se encuentra ella en todo momento;
- acusaciones constantes por celos;
- impedirle acudir a los servicios de salud sin permiso;
- control a través del dinero.

## 2.4 Violencia sexual de pareja

Las agresiones sexuales consisten en:

- forzar a la mujer a mantener relaciones sexuales o a realizar cualquier acto sexual en contra de su voluntad;
- lastimarla durante las relaciones sexuales.

Fuentes: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016. pp.8-9. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>

Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguay 2018. Montevideo, Ministerio de Salud/OPS, 2018. pp. 27-29. [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=manual-clinico-violencia-snis-msp-2018&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=manual-clinico-violencia-snis-msp-2018&Itemid=307)

Más información en: Informe mundial sobre la violencia y la salud: sinopsis. Ginebra, OMS, 2002. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;sequence=1)

## Inmovilización prolongada actual

Inmovilización prolongada actual	
no	si
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Hace referencia a la condición de movilidad o no de la persona. Por ejemplo, si ha sufrido una fractura o cirugía mayor que requiera de inmovilización, donde el riesgo de trombosis por ejemplo es mayor.

## Uso de medicamentos

Uso de medicamentos			
	no	si	no sabe
Carbamazepina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rifampicina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda al uso o no de estos medicamentos (carbamazepina, anticoagulantes, rifampicina): **NO, SI y NO SABE**. De utilizar un medicamento se marca en el casillero amarillo para resaltar su uso.

Se marca en casillero amarillo para resaltar la presencia de tratamientos y/o enfermedades, que adquieren un valor relevante, al examinar las posibilidades anticonceptivas dado que se modifican los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME).

## Enfermedades crónicas

Enfermedades crónicas		
no	si	no sabe
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda de acuerdo con: **SI** la padece, **NO** la padece o **NO SABE**.

Si contesta **NO** se marcarán todos los casilleros de enfermedades crónicas con **NO**.

## Diabetes

Diabetes					
no	si	no sabe	no	si	no sabe
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 20 años evol.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuro / Retino / Nefropatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es relevante poder preguntar si lleva más de 20 años de evolución o si tiene ya una de las complicaciones específicas: NEURO (neuropatía) RETINO (retinopatía) NEFROPATÍA: que nos marcan la presencia de la microangiopatía diabética.

Se puede preguntar: ¿Ha tenido diabetes durante más de 20 años o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso causados por la diabetes? Esto es fundamental ya que en estos casos con microangiopatía NO se le puede proporcionar anticoncepción hormonal combinada.

SE MARCA EN CASILLERO AMARILLO PARA RESALTAR LA PRESENCIA DE TRATAMIENTOS Y/O EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, QUE ADQUIERE UN VALOR RELEVANTE, AL EXAMINAR LAS POSIBILIDADES ANTICONCEPTIVAS DADO QUE SE MODIFICAN LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS (CME).

## Enfermedades autoinmunes/ Enfermedades genéticas

Enf. autoinmunes/enf. genéticas		
no	si	no sabe
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutaciones trombogénicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus con ac. antifosfolipidicos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus con trombocitopenia severa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuát: _____		

Se refiere a las personas que presentan un cuadro autoinmunitario de hipercoagulabilidad y esto puede potenciarse con el uso de anticoncepción hormonal combinada:

Mutaciones trombogénicas - conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina.

Lupus - se refiere a cualquiera de las siguientes opciones:

Lupus eritematoso sistémico (LES): presencia solamente de la enfermedad con anticuerpos negativos.

Lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.

Lupus eritematoso sistémico (LES) con trombocitopenia severa.

Otras

Especificar ¿Cuál?

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda de acuerdo con: **SI** la padece, **NO** la padece o **NO SABE**.

\*SE MARCA EN CASILLERO AMARILLO PARA RESALTAR LA PRESENCIA DE TRATAMIENTOS Y/O ENFERMEDADES, QUE ADQUIEREN UN VALOR RELEVANTE AL EXAMINAR LAS POSIBILIDADES ANTICONCEPTIVAS DADO QUE SE MODIFICAN LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS (CME).



## Enfermedades cardiovasculares

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO**, **SI** y **NO SABE**.

En caso afirmativo marcar **SI**, **NO** o **NO SABE** según corresponda a cada una de las alternativas

Enfermedades cardiovasculares			
	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no sabe <input type="radio"/>
		↓	
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiopatía isquémica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
TV/TEP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nefropatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hipertensión (HTA)

Se debe tener en cuenta: cuando **NO** se puede evaluar la presión arterial (incluye hipertensión en embarazos) preguntar sobre antecedentes de hipertensión,

Hipertensión adecuadamente controlada, cuando se puede evaluar la presión arterial.

Presión arterial elevada: sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mmHg.

*Esto se debe a que la hipertensión arterial aumentaría el riesgo de accidente cerebro vascular (ACV) o Infarto agudo de miocardio en las personas usuarias de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por lo que dependiendo la situación modifica el riesgo en el uso.*

### Cardiopatía isquémica

### Accidente cerebro vascular (ACV)

Trombosis venosa / Tromboembolismo pulmonar / Nefropatía

Rige el mismo riesgo para la anticoncepción hormonal combinada.

## Cáncer

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO**, **SI** y **NO SABE**.

Cáncer			
	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no sabe <input type="radio"/>
		↓	
De mama	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
De endometrio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
De cervix	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
De ovario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se consignan prioritariamente estos cánceres de procedencia ginecológica (mama, endometrio, cervix, ovario) por su relación con el tipo de MAC que se puede o debe utilizar.

*El SI se marca en casillero amarillo para resaltar la presencia de estas enfermedades, que adquieren un valor relevante, al examinar las posibilidades anticonceptivas dado que se modifican los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME).*

Se aclara que el no tener un estudio citológico de cérvix o un examen de mamas, no invalida el uso de ningún método anticonceptivo, sí realizar examen especular y observación de vagina al colocar un DIU.

**Estas prácticas recomendadas no deberán retrasar el inicio del MAC solicitado.**

OTROS

Especificar cuál en Observaciones.

### Enfermedad hepática

Enfermedad hepática			
no	si	no sabe	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
↓			
	no	si	no sabe
Hepatitis activa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirrosis severa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adenoma hepatocelular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de hígado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO, SI o NO SABE.**

Se resalta la importancia de estas patologías por lo determinante para el uso de la anticoncepción hormonal.

*El SI se marca en casillero amarillo para resaltar la presencia de estas enfermedades, que adquieren un valor relevante, al examinar las posibilidades anticonceptivas dado que se modifican los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME).*

## Discapacidad

Discapacidad			
no	si	no sabe	
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Destreza manual reducida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movilidad reducida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intelectuales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auditiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tener presente que muchas veces no se les ofrecen métodos anticonceptivos debido a falsas creencias que consideran a las personas como asexuadas o incapaces de decidir sobre su vida sexual y reproductiva.

Se refiere a la presencia de cualquier tipo de discapacidad, sea DESTREZA MANUAL REDUCIDA, MOVILIDAD REDUCIDA, INTELECTUALES, VISUAL, AUDITIVA O VARIAS a la vez.

En el caso de contar con la información, especificar en observaciones el tipo y grado de discapacidad. De acuerdo a la discapacidad se tratará la estrategia para que la persona pueda utilizar el MAC elegido.

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO, SI o NO SABE.**

Se marca en casillero amarillo para resaltar la discapacidad, la cual adquiere un peso relevante al evaluar las posibilidades anticonceptivas.

## Hábitos

HÁBITOS		Cigarrillos por día	Consumo problemático de alcohol	Uso de drogas
Fumadora activa	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="text"/>	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Fumadora pasiva	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si			<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Se marca en casillero amarillo para resaltar el hábito que compromete el uso de algunos métodos anticonceptivos.

**Si marca NO automáticamente aparecerá el número 0.**

Se debe indagar sobre la condición de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas y alcohol.

### FUMADORA ACTIVA

Se refiere a si la mujer está fumando actualmente y anotar la respuesta según corresponda: **NO** o **SI**. De contestar **SI**, colocar el número de cigarrillos que fuma por día. Si la respuesta es de un solo dígito poner el 0 primero. Por ejemplo, si fuma 9 cigarrillos por día colocar 09.

## FUMADORA PASIVA

Se refiere si la persona está expuesta al humo del tabaco en su domicilio o en su trabajo, respuesta según corresponda: **NO** o **SI**.

## CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, fernet, vodka, mezclas con bebidas azucaradas, etc. Se puede preguntar: ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? ¿Alguna vez perdió el dominio de sí bebiendo?

Marcar con una X (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

## USO DE DROGAS

Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras.

Marcar con una X (cruz) **NO** o **SI** según corresponda. En caso afirmativo especificar Cuál.

## Examen físico

EXAMEN FÍSICO		Aspecto general	normal	anormal	Presión arterial (mmHg)					
Peso	Talla (cm)	IMC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	normal	<input type="radio"/>	anormal	<input checked="" type="radio"/>	n/c	<input type="radio"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>					

## PESO

Anotar el peso en kilogramos.

## TALLA

Consignar la talla en centímetros.

## IMC (Índice de Masa Corporal)

Consignar el valor correspondiente al Índice de Masa Corporal, calculado como el cociente entre el peso (Kg) y la talla (en metros) elevada al cuadrado. Anote las dos cifras y el primer decimal (por ejemplo 19,5). La coma está marcada.

*En el llenado en línea este registro aparecerá automáticamente al cargar en el sistema los dos valores anteriores.*

## ASPECTO GENERAL

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NORMAL** o **ANORMAL**.

## PRESIÓN ARTERIAL

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda **NORMAL**, **ANORMAL** o **N/C – NO CONOCE**.

Consignar la presión arterial sistólica y diastólica en milímetros de mercurio. Tomando como normal 120/80 mmHg.

Si es *anormal*: se marca en casillero amarillo para resaltar una presunta patología o enfermedad como la hipertensión.

Es importante la anamnesis que se realice sobre este punto.

## Examen ginecológico

EXAMEN GINECOLÓGICO		Cuello uterino	Cuerpo uterino	Tacto vaginal	Anexo izquierdo	Anexo derecho	PAP	Toma de PAP	Examen mamario
Vulva	Vagina		Normal <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>			no <input checked="" type="radio"/>		
Normal <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>	Anormal <input checked="" type="radio"/>	Anormal <input checked="" type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>	si, normal <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>
Anormal <input checked="" type="radio"/>	Anormal <input checked="" type="radio"/>	Anormal <input checked="" type="radio"/>	Cavidad dist. <input checked="" type="radio"/>	No se hizo <input checked="" type="radio"/>	Anormal <input checked="" type="radio"/>	Anormal <input checked="" type="radio"/>	si, anormal <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>	si normal <input type="radio"/>
			Otras anom. <input checked="" type="radio"/>						si anormal <input checked="" type="radio"/>

El examen ginecológico tiene como objetivo determinar por inspección y por examen bimanual el tamaño y las características clínicas del útero, anexos, el estado del cérvix, y el estado de las mamas.

No es imprescindible el examen ginecológico para brindar un método anticonceptivo, pero en ocasiones es recomendable realizar el examen basado en criterio clínico.

Se marca en casillero amarillo para resaltar la presencia de una anomalía en el examen ginecológico, para que permita al profesional de la salud individualizar rápidamente la situación a tratar.

## VULVA, VAGINA, CUELLO UTERINO, CUERPO UTERINO, ANEXO IZQUIERDO Y ANEXO DERECHO

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NORMAL** o **ANORMAL**

En CUERPO UTERINO podrá especificar si la cavidad se encuentra DISTORCIONADA o percibe o sabe por algún estudio aportado por la persona la presencia de OTRAS ANORMALIDADES aclarándolo en OBSERVACIONES.

## PAP

Si la persona no lo realizó se marcará **NO**, si lo realizó **SÍ** y su resultado.

- Sí, normal.
- Sí, es anormal.

## TOMA DE PAP

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda de acuerdo a si lo realiza o no.

## EXAMEN MAMARIO

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda de acuerdo a si lo realiza o no y el resultado es **NORMAL** o **ANORMAL**.

## Genito-urinario

GENITO-URINARIO		Toma de muestras	
Flujo actual		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> escaso	Resultado positivo	
<input checked="" type="radio"/> abundante	<input type="radio"/> regular	Clamidia <input checked="" type="radio"/>	Tricomonas <input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/> n/c	<input type="radio"/> n/c	Micosis <input checked="" type="radio"/>	Gardnerella <input checked="" type="radio"/>
Tratamiento		Gonorrea <input checked="" type="radio"/>	Otra <input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	n/c <input type="radio"/>	
		----->Cuál: _____	

Indicar la presencia o no de secreción o descarga vaginal, pudiéndose asociar en ocasiones a diferentes gérmenes que pueden asociarse a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica.

## FLUJO ACTUAL

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO**, **ESCASO**, **REGULAR**, **ABUNDANTE** (pudiendo ser un signo de infección por lo que está el circulo en amarillo para indicar una respuesta que puede marcar mayor riesgo), **NC** (no corresponde).

## TOMA DE MUESTRAS

La presencia de flujo, puede requerir la toma de una muestra para cultivo. Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO** o **SI**.

Si se realizó la toma consignar si el resultado fue positivo para clamidia, gonorrea, tricomona, gardnerella, micosis.

---

## Tratamiento

Marcar si: **NO** necesita, **SI** se indica. ¿De indicarse especificar cuál? O **N/C** no corresponde.

### ANTICONCEPCIÓN

Aborda los ítems orientación/consejería/ asesoría.

Se debería iniciar con los métodos anticonceptivos modernos de mayor eficacia hacia los de menor eficacia al final:

- EQV masculina.
- EQV femenina.
- DIU Cu
- DIU Lng
- Implante una varilla
- Implante dos varillas
- AE
- ACO combinada
- Anillo combinado
- Parche combinado
- Inyectable mensual combinado
- ASP: levonorgestrel 0,030 mgr
- ASP: desogestrel 0,075 mg
- Inyectable trimestral IM
- Inyectable trimestral subcutánea Anillo de progesterona
- Condón
- Diafragma
- Espermicidas
- MELA

Y se plantean en caso de que la usuaria los solicitara también los métodos anticonceptivos tradicionales: abstinencia periódica y coito interrumpido.

Los MAC se los clasifica según su posibilidad de uso utilizando las categorías de la OMS.

### Orientación / consejería / asesoría

ANTICONCEPCIÓN	
Orientación / consejería	
no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>
Presencial <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virtual <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	
Oral <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrita <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Quién dió la asesoría:</b>	
Médico/médica <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstétrica/o partera <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermera/o <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros <input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se consigna si la persona ha recibido ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA / ASESORÍA específica acerca del uso de MAC.

La orientación/consejería es una estrategia de trabajo en salud que consiste en la construcción en un vínculo de confianza entre agente de salud y usuario/a.

El objetivo es brindar información de calidad, orientar y acompañar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva desde la confianza y la confidencialidad, promoviendo su autonomía, sin abrir juicios de valor.

En este manual se usarán los términos consejería, orientación y asesoría indistintamente refiriéndonos al proceso de interacción entre el profesional de la salud y la usuaria en la elección informada del MAC.

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda:

**presencial:** personas interactuando en el mismo ámbito

**virtual:** a través de telemedicina o el sistema que se cree para poder comunicarse con la persona cuando no es presencial

**oral y/o escrito:** variables que se tomaran de acuerdo si a la persona se le brinda algún material de apoyo.

### QUIÉN DIO LA ASESORÍA

Marcar con una X (cruz) el profesional o los profesionales del equipo de salud que hayan brindado la orientación.



## Metodos anticonceptivos

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		Preferido	Iniciado	Preferido	Iniciado
<b>Métodos recomendados</b>		EQV masc. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASP: levonorgestrel 0,030 mgr <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 _____	EQV mujer <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASP: desogestrel 0,075 mgr <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 _____	DIU Cu <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inyectable mensual combinado <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 _____	DIU Lng <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inyectable trimestral IM <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 _____	Implante una varilla <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inyectable trimestral subcutánea <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Implante dos varillas <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anillo de progesterona <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	AE <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Condón <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Métodos restringidos</b>		ACO combinada <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diafragma <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 _____	Anillo combinado <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Espermicidas <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 _____	Parche combinado <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abstinencia periódica <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 _____			Coito interrumpido <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 _____					
	<b>Colocado por:</b>	Médico/médica <input type="radio"/>	Obstétrica/o partera <input type="radio"/>	Enfermera/o <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>

### Abreviaturas:

**AHC:** Anticoncepción hormonal combinada

**ASP:** Anticoncepción solo progestágeno

**AISP:** Anticoncepción inyectable progestágeno/**AMPD:** Acetato de medroxiprogesterona de depósito

**LNG/ETG Implantes:** LNG levonorgestrel/ ETG: etonorgestrel

**EQV:** Esterilización Quirúrgica Voluntaria: femenina y masculina.

**DIU Cu:** Dispositivo intrauterino de cobre

**DIU Lng:** Dispositivo intrauterino de levonorgestrel

**AE:** anticoncepción de emergencia

**ACO combinado:** anticoncepción oral combinada

**APS:** anticoncepción solo de progestágenos

**IM:** intramuscular Inyectable trimestral IM

**MELA:** método lactancia amenorrea

Las categorías para el uso de los MAC están agrupadas de acuerdo con los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) de la OMS.

Los CME se proponen asegurar un margen adecuado de seguridad en el trabajo en anticoncepción. Toma cada condición de la persona (que usted marcó al confeccionar la historia clínica) como, por ejemplo: edad, antecedentes de embarazo, o una condición médica/patológica preexistente conocida (p. ej.; diabetes, hipertensión) cruzándola con el requerimiento de cada MAC.

Estas condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes:

<b>Clasificación de los CME para uso de anticonceptivos:</b>	
<b>Categoría 1</b>	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo
<b>Categoría 2</b>	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados
<b>Categoría 3</b>	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar el método
<b>Categoría 4</b>	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud

Se sugiere que el profesional de la salud de acuerdo con las categorías 1 y 2 selecciones 4 MAC usando la rueda de elegibilidad o la app en el celular. En caso de usar SIP Plus, el programa sugerirá automáticamente los primeros 4 de la lista.

### **Los métodos anticonceptivos recomendados**

Son aquellos que se clasifican en las categorías 1 y 2 de los CME.

En la historia clínica ambas categorías aparecen en forma conjunta.

### **Los métodos anticonceptivos restringidos**

Son aquellos que se clasifican en las categorías 3 y 4 de los CME.

En estas categorías dado el riesgo que involucra su aplicación, será el médico quien determine la misma.

A su vez en algunos métodos anticonceptivos en diferentes patologías se agrega una columna que se refiere a si puede:

### **Iniciar el método (I) o Continuar el método (C) el método.**

En caso de usar SIP Plus, el programa marcará automáticamente en que categoría se encuentra cada MAC.

El SIP Plus, con los datos identificados con una X (cruz) por el personal de salud en la confección de la historia clínica, podrá identificar los factores de riesgo y con la aplicación de los CME automáticamente se completan los MAC en las diferentes categorías.

Se definen dos pilares basados en la evidencia (documentos orientativos) producidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para elaborar e implementar guías de planificación familiar destinadas a programas de alcance nacional.

El primer pilar, la quinta edición de los CME, ofrece información y orientación exhaustivas sobre la seguridad de diversos métodos anticonceptivos para el uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas.

El segundo pilar es la tercera edición de “Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos” que proporciona orientación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz una vez que se los considera adecuados desde el punto de vista médico.

Se toma como herramienta de trabajo la tercera edición de “Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores”.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
MÉTODO	Categoría 1-2 Recomendado	Categoría 3 Generalmente no recomendado	Categoría 4 Restringido
AHC (A combinada) <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ASP <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AISP/AMPD <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
LNG/ETG (Implantes) <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DIU Lng <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DIU Cu <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Los MAC están agrupados en 6 categorías de acuerdo a sus componentes para facilitar su comprensión. De acuerdo a los antecedentes y estado actual que se haya marcado se presentará la categoría al lado del MAC, esto le permitirá poder trabajar con los MAC solicitado por la usuaria de acuerdo a la categoría de la OMS: 1, 2, 3 y 4

### Preferido – Iniciado

Preferido	Iniciado	Preferido	Iniciado
EQV masc. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASP: levonorgestrel 0,030 mg <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EQV fem. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASP: desogestrel 0,075 mg <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIU Cu <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inyectable trimestral IM <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIU Lng <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inyectable trimestral subcutánea <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante una varilla <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anillo de progesterona <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante dos varillas <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Condón <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AE <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diafragma <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACO combinada <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Espemicidas <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anillo combinado <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MELA <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche combinado <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abstinencia periodica <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectable mensual combinado <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coito interrumpido <input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una X (cruz) el método preferido por la usuaria, el que ella solicita.

Marcar con una X (cruz) el método iniciado por la usuaria. Iniciado es el que se le ha brindado efectivamente a la persona.

### Se retira con método anticonceptivo

<b>Se retira con método anticonceptivo</b>	
no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>
<b>Colocado por:</b>	
Médico/médica <input type="radio"/>	Enfermera/o <input type="radio"/>
Obstétrica/o partera <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
<b>Se entrega a la usuaria para su toma o aplicación</b>	
no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>
<b>Referida a otro servicio</b>	
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Salud mental <input type="radio"/>	Violencia <input type="radio"/>
Servicio social <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/> Cuál: _____

Marcar con una X (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Puede ocurrir que la persona se retire sin un MAC, debiéndose entonces consignarlo en la historia clínica. Se marca en amarillo la opción **NO** esta opción está destacada en color amarillo dada su importancia. Se debe marcar el método preferido y colocar en observaciones las razones por lo que se retira sin MAC.

Si la respuesta es **SI** debe marcar:

**Colocado por:** Médico/a, enfermero/a, obstétrica/o, partera, otros.

### Se le entrega a la usuaria para su toma o aplicación

De ser un MAC de corta duración marcar **SI** con una X (cruz).

### Referida a otro servicio

Marcar con una X (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Si la respuesta es afirmativa se debe marcar a que servicio: salud mental, violencia, servicio social u otro especificando cual. Esto podrá facilitar su seguimiento posterior.

## EVOLUCIÓN y subsiguientes

<b>EVOLUCIÓN</b>	Establecimiento	N° HC										Lugar de residencia	Seguimiento por telemedicina	Estado civil	Trabaja	Remuneración			
Domicilio	Localidad										rural <input type="radio"/> urbano <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Casada <input type="radio"/> Unión estable <input type="radio"/> Divorciada/separada <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				
Cobertura y/o protección social	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Teléfono	domic. mens.	Celular	WhatsApp	email	Fecha	Edad	Estudios	Identidad de género	Fumadora activa	Fumadora pasiva	Cigarrillos por día	Consumo problemático de alcohol	Uso de drogas	Con pareja	Cambio de pareja	Parejas sexuales últimos 6 meses	
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Universitarios <input type="radio"/>	Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No binario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	
Fecha última menstruación	No conoce <input type="radio"/> No responde <input type="radio"/>										Peso	talla (cm)	IMC	Presión arterial (mmHg)					
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Migraña con aura	Cardiopatía isquémica	ACV	TV/TEP	Hepatitis activa	Usa estos medicamentos	Carbamazepina	Anticoagulantes	Rifampicina	Inmovilización prolongada actual	Si tiene una ITS activa	Sifilis	Gonorrea	Clamidia	Enf. autoinmunes/enf. genéticas	Mutaciones trombogénicas	Lupus	Lupus con ac. antifosfolipídicos	Lupus con trombocitopenia severa	Otras
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>

Los datos de inicio que figuran en EVOLUCIÓN son algunos de los mismos datos que figuran en INICIO; estos se irán actualizando por ejemplo en datos telefónicos, domicilio u otros. También si cambia de lugar de atención se colocará el nuevo establecimiento.

Al igual las condiciones de salud de las personas, sobre todo aquellas que pueden generar un cambio en el MAC utilizado.

De existir *cambios significativos* en la condición de la usuaria para el MAC utilizado, en EVOLUCIÓN se abrirá un MENSAJE DE ALERTA al pie de página.

El mensaje de alerta aparecerá cuando una condición o más de salud de la persona se ha modificado y esto lleva a un cambio de categoría de acuerdo con los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS”.

La alerta al pie de página se eliminará cuando usted marcar otro MAC o haya sumado por ejemplo el uso del preservativo dependiendo de cada situación en particular.

### ESTABLECIMIENTO

Consiguar el código asignado al establecimiento para su identificación. Admite hasta siete dígitos. El objetivo de este casillero es identificar la institución a la que corresponde la historia clínica cuando su contenido se integra a un banco de datos regional o nacional.

### N° HC (número de historia clínica)

Es el número de historia clínica asignado por el establecimiento donde es *atendida/o*, admite hasta diez dígitos. Se recomienda que este número se corresponda con el número de documento de la persona. Si al implementarse la HC ya tuviera iniciada una historia clínica en la institución, anotar el número que le fue asignado anteriormente.

---

## Domicilio – Localidad

Se refiere a la residencia habitual de la mujer. Anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km 5 de la ruta 3).

## Lugar de residencia

Indicar si el lugar en donde vive la persona es en el área rural o urbana.

## Seguimiento por telemedicina

Marcar si se puede realizar. El **No** se marca en amarillo por la limitación en el acceso que puede resultar de eso.

## Cobertura y/o protección social

Marcar con una X (cruz) **NO**, **SI** o **N/C** (no conoce) según corresponda.

Consignar la condición de la persona en términos de cobertura y/o protección social y, en caso afirmativo el código correspondiente, de acuerdo con las categorías definidas en el país.

## Teléfono

Anotar los datos que permitirán comunicarse con la persona: teléfono, WhatsApp, email.

Teléfono del domicilio habitual y celular si tuviese. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la persona.

## DOMICILIO (DOMIC)

Anotar el teléfono del domicilio habitual.

## MENSAJES (MENS)

Si no tuviera, anotar un número de teléfono alternativo que permita comunicarse a través de mensajería.

## CELULAR

Consignar el teléfono celular si lo tuviese, al igual que WhatsApp.

## EMAIL

Consignarlo si tuviese un correo electrónico para poder comunicarse con la persona o hacerle llegar información.

## Estado civil

Registrar el estado civil según corresponda: casada, divorciada/separada, viuda, unión estable, soltera, sin definir (S/D).

## Trabaja

Se entiende como trabajo formal al trabajo en el que una empresa o persona, contrata a un empleado bajo un acuerdo laboral establecido que incluye salario, cobertura de salud, horarios y días laborales definidos. Consignar “trabaja si está trabajando en el momento de la entrevista, marque con una cruz (x) la opción **SI**. En caso contrario marque con una cruz (x) la opción **NO**.

## Remuneración

Marcar con una cruz (X) **SI** o **NO** de acuerdo a si percibe o no una remuneración por su trabajo.

## Ingreso social

Marcar con una cruz (X) **SI** o **NO** de acuerdo a si percibe o no una remuneración por parte del estado u otra organización.

<b>Fecha</b> dia   mes   año 	<b>Edad</b> años   meses 	<b>Estudios</b> Ninguno <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Años en mayor nivel Secundaria <input type="radio"/> Universitarios <input type="radio"/>	<b>Identidad de género</b> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No binario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	<b>Cigarrillos por día</b> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Fumadora activa <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Fumadora pasiva <input type="radio"/>	<b>Consumo problemático de alcohol</b> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <b>Uso de drogas</b> <input type="radio"/>	<b>Con pareja</b> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Edad de la pareja <input type="text"/> varias <input type="radio"/>	<b>Cambio de pareja</b> años <input type="text"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<b>Parejas sexuales últimos 6 meses</b> <input type="text"/>
-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

## Fecha

Consignar el día, mes y los dos dígitos del año en que se realiza la consulta.

## Edad

Al momento de la primera consulta preguntar: ¿Cuántos años cumplidos tiene? Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años, marcar también el casillero amarillo. Esta alerta es para detectar posibles situaciones de cohesión o abuso.

## Estudios

Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar si estudió o estudia: si la respuesta es negativa marcar con una cruz (X) ninguno; si la respuesta es afirmativa preguntar ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria? Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

## Años en el mayor nivel

Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a ‘años en el mayor nivel’.

---

## Identidad de género

FEMENINO/ MASCULINO/ NO BINARIO/ OTRO

Consignar la identidad como la persona se autopercebe.

Si existe algún cambio surgirá una alerta de acuerdo al MAC utilizado y al cambio realizado.

*Se recomienda evaluar el MAC utilizado teniendo en cuenta las posibles complicaciones de la terapia hormonal de reposición. Utilizar los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) y realizar una consejería/asesoría/orientación.*

## Hábitos

Se marca en casillero amarillo para resaltar el hábito que compromete el uso de algunos métodos anticonceptivos.

**Si marca NO automáticamente aparecerá el número 0.**

Se debe indagar sobre la condición de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas y alcohol

### Fumadora activa

Se refiere a si la mujer está fumando actualmente y anotar la respuesta según corresponda (**NO/SI**). De contestar **SI**, colocar el número de cigarrillos que fuma por día. Si la respuesta es de un solo dígito poner el 0 primero. Por ejemplo, si fuma 9 cigarrillos por día colocar 09.

### Fumadora pasiva

Se refiere si la persona está expuesta al humo del tabaco en su domicilio o en su trabajo, respuesta según corresponda (**NO/SI**).

### Consumo problemático de alcohol

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, fernet, vodka, mezclas con bebidas azucaradas, etc. Se puede preguntar: ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? ¿Alguna vez perdió el dominio de sí bebiendo?

### Uso de drogas

Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras.

Marcar con una cruz (X) **SI** o **NO** según corresponda.



## Con pareja

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI** según esté en ese momento.

## Única /varias

Marcar en esta variable si la persona está con una o varias parejas a la vez.

Se deberá marcar sólo una alternativa. En casos necesarios, especificar en Observaciones.

## Edad de la pareja

Consignar la edad en años.

## Cambio de pareja

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO** o **SI** según sea el caso respecto al inicio de la historia clínica.

## Parejas sexuales en los últimos 6 meses

Consignar el número de parejas sexuales de los últimos 6 meses, completando con dos cifras. Más de 4 parejas y no usa condón, aparecerá una alerta:

*Recomendar a la usuaria el uso adicional del condón. Como doble protección.*

Fecha última menstruación	día   mes   año 	No conoce <input checked="" type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/>	Peso       Kg	Talla (cm) 1	IMC 	Presión arterial (mmHg)       /
---------------------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------	-----------------	---------	------------------------------------

## Fecha de última menstruación

Preguntar sobre el día de la última menstruación, anotando el día, el mes y los dos últimos dígitos del año en que ocurrió. Por ejemplo 04/05/10 para el 4 de mayo de 2010. Si la persona no recordara su fecha de última menstruación, marcar una cruz (x) en la opción “**no conoce**”. Este casillero en amarillo marca la importancia que tiene la falta de registro de la fecha para la persona o la posibilidad de embarazo.

En este caso es conveniente reforzar las acciones sobre educación sexual. Si no menstrua por algún motivo: lactancia, amenorrea secundaria por diversos motivos, marcar con una cruz en el casillero “**no corresponde**”.

## Modificaciones clínicas relevantes

Modificaciones relevantes que han ocurrido en el tiempo de uso del método anticonceptivo y que merecen ser controladas dado que adquieren un valor relevante al modificar la categoría asignada de los CME.

## Lo que resultará en un cambio de método anticonceptivo.

---

## Peso

Anotar el peso en kilogramos.

## Talla

Consignar la talla en centímetros con un decimal.

## IMC (Índice de Masa Corporal)

Consignar el valor correspondiente al Índice de Masa Corporal, calculado como el cociente entre el peso (Kg) y la talla (en metros) elevada al cuadrado. Anote las dos cifras y el primer decimal (por ejemplo 19,5). La coma está marcada.

*Este registro aparecerá automáticamente al cargar en el sistema, los dos valores anteriores.*

## Presión arterial

Consignar la presión arterial sistólica y diastólica en milímetros de mercurio. Tomando como normal 120/80 mmHg.

Sí el valor de la **presión arterial sistólica es 140-159 o diastólica 90-99 mmHg** y el MAC es AHC, aparecerá una alerta al pie de página:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC), debido a su presión arterial sistólica que es 140-159 o diastólica 90-99 mmHg. De acuerdo con Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) que ahora es categoría 3.*

Sí el valor de la presión arterial sistólica **es 160 o más o diastólica 100 mmHg** y el MAC es AHC, aparecerá una alerta al pie de página:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC), debido a que su presión arterial sistólica 160 o más o diastólica 100 mmHg de acuerdo a Criterios Médicos de Elegibilidad que ahora es categoría 4.*

Sí el valor de la presión arterial sistólica **es 160 o más o diastólica 100 mmHg** y el MAC es AIPS/AMPD, aparecerá una alerta al pie de página:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC), debido a que su presión arterial sistólica 160 o más o diastólica 100 mmHg de acuerdo a Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) que ahora es categoría 3.*

Migraña con aura no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>	Cardiopatía isquémica no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> ACV <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> TV/TEP <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Hepatitis activa no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/>	Usa estos medicamentos no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Carbamazepina <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Anticoagulantes <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Ritampicina <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Inmovilización prolongada actual no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Si tiene una ITS activa no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Sífilis <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Gonorrea <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Clamidia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Enf. autoinmunes/enf. genéticas no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> Mutaciones trombogénicas Lupus <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Lupus con ac. antifosfolipídicos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Lupus con trombocitopenia severa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Otras <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Cual: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Migraña con aura:

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO**, **SI** o **NO SABE** según corresponda.

Si tiene migraña con aura y utiliza AHC aparecerá una alerta al pie de página:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC), debido a la migraña con aura que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad ahora es categoría 4.*

Si tiene migraña con aura y utiliza AIPS/AMPD, APS, LNG/ETG (Implantes), DIU Lng, aparecerá una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AIPS/AMPD, APS, LNG/ETG (Implantes), DIU Lng), debido a la migraña con aura y que de acuerdo con los Criterios Médicos de Elegibilidad ahora es categoría 3.*

### Cardiopatía isquémica – Accidente Cerebro Vascular (ACV), Trombosis Venosa (TV) / Tromboembolismo Pulmonar (TEP):

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO**, **SI** o **NO SABE** según corresponda.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo.

Si tiene una CARDIPATÍA ISQUÉMICA y utiliza AHC le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AHC, debido a la cardiopatía isquémica que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) ahora es categoría 4.*

Si tiene cardiopatía isquémica y utiliza AIPS/AMPD, LNG/ETG (Implantes), DIU Lng, APS le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AIPS/AMPD, LNG/ETG (Implantes), DIU Lng, APS, debido a la cardiopatía isquémica que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) ahora es categoría 3.*

---

Si tiene un Accidente Cerebro Vascular (ACV), Trombosis Venosa (TV) / Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y utiliza AHC le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AHC, debido al accidente cerebro vascular (ACV), trombosis venosa (TV) / tromboembolismo pulmonar (TEP) que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad ahora es categoría 4.*

Si tiene un Accidente Cerebro Vascular (ACV), Trombosis Venosa (TV) / Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y utiliza AIPS/AMPD, LNG/ETG (Implantes), DIU Lng, APS le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AIPS/AMPD, LNG/ETG (Implantes), DIU Lng, APS, debido al accidente cerebro vascular (ACV), trombosis venosa (TV) / tromboembolismo pulmonar (TEP) que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad ahora es categoría 3.*

### **Hepatitis activa**

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO**, **SI** o **NO SABE** según corresponda.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo.

Si tiene una hepatitis activa y utiliza AHC le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AHC, debido a la hepatitis activa que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) ahora es categoría 3.*

### **Uso de medicamentos**

Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente al uso de medicamentos carbamazepina, anticoagulantes, rifampicina el casillero que corresponda: **NO**, **SI** o **NO SABE** según corresponda.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo.

Si utiliza alguno de estos medicamentos: carbamazepina, anticoagulantes, rifampicina y utiliza AHC o ASP le aparece una alerta al pie de página:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AHC o APS y el uso de medicamentos: carbamazepina, anticoagulantes, rifampicina que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad que ahora es categoría 3.*

---

### Inmovilización prolongada actual

Hace referencia a la condición de movilidad o no de la persona. Por ejemplo, si ha sufrido una fractura o cirugía mayor que requiera de inmovilización, donde el riesgo de trombosis por ejemplo es mayor.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo.

Si la usuaria tiene una inmovilización prolongada y utiliza AHC le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el MAC utilizado por la usuaria AHC y que presenta una inmovilización prolongada de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) que ahora es categoría 4.*

### Si tiene una ITS activa

Se refiere si actualmente está cursando la infección.

Marcar con una cruz (x) el casillero **NO** o **SI** según corresponda.

Si marca **NO** automáticamente se le marcarán que no en cada una de las Infecciones.

Si marca **SÍ**, especificar, identificar, cuál es la infección que está cursando:

Gonorrea / Clamidia / Sífilis

Si marca que sí tiene una ITS activa y no tiene marcado que utiliza condón, le aparece una alerta:

*\*Recomendar a la usuaria el uso adicional del condón. Como doble protección y verificar que esté cumpliendo el tratamiento adecuado para esa infección que incluya a la pareja.*

Esta alerta aparecerá también con la condición: gonorrea, clamidia y/o sífilis.

### ENFERMEDADES AUTOINMUNES/ENFERMEDADES GENÉTICAS

Mutaciones trombo-génicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina, lupus eritematoso sistémico (LES) solo o LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos o LES con trombocitopenia severa. Otras.

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda: **NO**, **SI** o **NO SABE** según corresponda.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo.

Si tiene mutaciones trombogénicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina y utiliza AHC le aparece un texto de alerta:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC) y la presencia de mutaciones trombogénicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina que de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad que ahora es categoría 4.*

Si tiene un lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos y utiliza AHC le aparece un texto de alerta:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC) y la presencia de lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos que de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos hormonales (CME) que ahora es categoría 4.*

Si tiene un Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos y utiliza AISP/AMPD, LNG/ETG (Implantes), APS, DIU Lng le aparece una alerta:

*\*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AISP/AMPD, LNG/ETG (Implantes), APS, DIU Lng) y la presencia de lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos que de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de estos anticonceptivos (CME) que ahora es categoría 3.*

Si tiene un lupus eritematoso sistémico (LES) con trombocitopenia severa y utiliza DIU cobre o DMPA de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de estos anticonceptivos (CME) que ahora es **categoría 3**.

HIV no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Alto riesgo para contraer HIV no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Estado 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/>	Tratamiento n/c <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> No lo está realizando	Inhibidores de la proteasa <input type="radio"/> ITIAN <input type="radio"/>
				<input type="radio"/> Lo está realizando Cuij: _____	Inhibidor de la integrasa <input type="radio"/> ITINAN <input type="radio"/>
Método actual	Grado de satisfacción con el MAC elegido	Evolución dentro de parámetros esperables	Adherencia	Utilizó AE	
Está usando: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Observaciones: _____	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	

### HIV - Virus de la Inmuno Deficiencia Humana

Aunque no haya sido adquirido por transmisión sexual.

Marcar con una X (cruz) en el casillero correspondiente: **NO** o **SI**.

Se resaltan las respuestas positivas en amarillo

---

## ALTO RIESGO PARA CONTRAER HIV

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda **NO** o **SI**.

Hay algunos comportamientos y afecciones que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH:

- tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;
- padecer otra infección de transmisión sexual (ITS) como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea;
- compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material de inyección contaminado para consumir drogas inyectables;
- recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas entre otros.

De estar presentes este tipo de afecciones o comportamiento la persona está más expuesta.

## ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD HIV

Etapa 1 (infección por HIV): El recuento de células CD4+ es al menos 500 células por microlitro.

Etapa 2 (infección por HIV): El recuento de células CD4+ es de 350 a 499 células por microlitro.

Etapa 3 (enfermedad por HIV avanzada): El recuento de células CD4+ es de 200 a 349 células por microlitro.

Etapa 4 (SIDA): El recuento de células CD4+ es menos de 200 células por microlitro o el porcentaje de células CD4+ es menos del 15% de todos los linfocitos.

Marcar con una cruz (X) el casillero que corresponda.

### Tratamiento

Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda.

**N/C** no corresponde.

**NO**

**SI.**

Si la respuesta es afirmativa, de que sí necesita tratamiento, marcar con un (X) la opción que corresponde:

no lo está realizando, en amarillo por la gravedad que implica.

lo está realizando. En este caso especificar en ¿Cuál?

---

Marcar el grupo al que corresponda el medicamento que está utilizando, si es:

**Inhibidores de la proteasa:**

Atazanavir reforzado con ritonavir (ATV/r)

Lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r)

Darunavir reforzado con ritonavir (DRV/r)

Ritonavir (RTV)

**Inhibidor de la integrasa:**

Raltegravir (ral)

**ITIAN:**

Abacavir (ABC)

Tenofovir (TDF)

Zidovudina (AZT)

Lamivudina (3TC)

Didanosina (DDI)

Emtricitabina (FTC)

Estavudina (D4T)

**ITINAN**

Efavirenz (EFV)

Etravirina (ETR)

Nevirapine (NVP)

Rilpivirina (RPV)

o las combinaciones correspondientes.

El cambio para destacar es que las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) y están o no en tratamiento, no deben iniciar el uso de DIU-Ing o DIU Cu (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.



## Método actual

<b>Método actual</b> Está usando: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí ¿Cuáles? _____	<b>Grado de satisfacción con el MAC elegido</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Evolución dentro de parámetros esperables</b> <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí Observaciones: _____	<b>Adherencia</b> <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	<b>Utilizó AE</b> <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Está usando:

Marcar con una X (cruz) **NO** o **SI** se está usando. En este caso especificar en ¿Cuáles? Si está trabajando on line se abrirá un listado para que usted lo consigne.

Se debe iniciar con los métodos anticonceptivos modernos de mayor a menor efectividad:

- EQV masc.
- EQV fem.
- DIU Cu
- DIU Lng
- Implante una varilla
- Implante dos varillas
- AE
- ACO combinada
- Anillo combinado
- Parche combinado
- Inyectable mensual combinado
- ASP: levonorgestrel 0,030 mgr
- ASP: desogestrel 0,075 mg
- Inyectable trimestral IM
- Inyectable trimestral subcutánea Anillo de progesterona
- Condón
- Diafragma
- Espermicidas
- MELA

Y luego se plantean los métodos anticonceptivos tradicionales si la paciente lo requiere: abstinencia periódica y coito interrumpido.

## Grado de satisfacción con el MAC elegido

Preguntar a la persona cual ha sido su grado de satisfacción con el método anticonceptivo usado, donde 1 es el mínimo y 10 el óptimo. Deberá marcarse con dos dígitos, por ejemplo: 05 o 10

Si la calificación otorgada a grado de satisfacción es menor a 5 le aparece una alerta:

*Realizar una asesoría y evaluar junto a la usuaria, si continúa o no con el mismo método anticonceptivo o cambia.*

## Evolución dentro de parámetros esperables

Marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Si la respuesta es negativa aparecerá una alerta:

*Realizar una asesoría/consejería y evaluar junto a la usuaria, si continúa o no, con el mismo método anticonceptivo o cambia.*

En Observaciones se puede realizar anotaciones.

## Adherencia al método que está utilizando

Marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Si la respuesta es negativa aparecerá una alerta:

*Realizar una asesoría/consejería y evaluar junto a la usuaria si continúa o no, con el mismo método anticonceptivo o cambia.*

## Utilizó AE anticoncepción de emergencia

Marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Se resalta la respuesta positiva en amarillo dado que implica un riesgo de embarazo por falta de adherencia al método y/o accidente.

## Presencia de efectos secundarios

Marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Presencia de efectos secundarios no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	HTA <input checked="" type="radio"/> Spotting manchado <input type="radio"/> Amenorrea <input type="radio"/>	Sangrado infrecuente <input type="radio"/> Sangrado abundante <input checked="" type="radio"/> Aumento de peso <input type="radio"/>	Alteración emocional <input type="radio"/> Migraña <input checked="" type="radio"/> Dolor pélvico <input type="radio"/>	No visualización de los hilos <input type="radio"/> Alergia al látex <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>
Extracción / discontinuación del método Debido a alguna de las situaciones marcadas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Busca embarazo <input type="radio"/> Cambia por otro método <input type="radio"/> ¿Cuál? _____	Condón no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Referida a otro servicio no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Salud mental <input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> Servicio social <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál: _____	Próxima cita [ ] día   mes   año	Observaciones: _____

Se resalta la respuesta afirmativa en amarillo dada la importancia que significa la afirmación. En ese caso especificar. Se resalta con un círculo

---

amarillo también para HTA, sangrado abundante y migraña por su importancia.

Sí se marca **HTA (hipertensión arterial)** aparecerá una alerta de acuerdo a los valores obtenidos, pudiendo modificarse la condición a categoría 3 o 4:

*Recomendamos evaluar el método utilizado por la usuaria (AHC), debido a su presión arterial. De acuerdo a Criterios Médicos de Elegibilidad que ahora es categoría 3 o 4 (según corresponda).*

Sí el **sangrado es abundante** y utiliza implantes LNG/ETG implantes, aparecerá una alerta:

*Recomendamos evaluar tratamientos farmacológicos para disminuir el sangrado.*

Sí el **sangrado es abundante** y utiliza DIU Cu, aparecerá una alerta:

*Recomendamos constatar la ubicación del DIU Cu y efectuar los tratamientos farmacológicos para disminuir el sangrado.*

Sí el **aumento de peso** es importante y utiliza AHC o implantes LNG/ETG, aparecerá una alerta:

*Recomendamos trabajar sobre los hábitos alimentarios y actividad física.*

Si lo señalado es **alteración emocional** aparecerá una alerta:

*Recomendamos conversar con la usuaria para evaluar que está ocurriendo, si se lo adjudica a su MAC y evaluar y referir a una consulta en salud mental.*

Si ha señalado **migraña** la alerta surgirá en la primera vez que lo ha marcado en evolución.

Si aparece **dolor pelviano** como efecto secundario y utiliza DIU Cu o DIU Lng aparece una alerta:

*Recomendamos evaluar la ubicación del DIU de cobre o el DIU Lng, descartar infecciones y efectuar los tratamientos adecuados.*

### **No visualización de los hilos**

Recomendase evaluar la ubicación del DIU Cu o el DIU Lng.

---

## Alergia al látex

### EXTRACCIÓN / DISCONTINUACIÓN DEL MÉTODO

Marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Si la respuesta es **NO** automáticamente todas las siguientes opciones se marcarán **NO**.

Si la respuesta es **SI** seleccionar una de las siguientes opciones y marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Debido a alguna de las situaciones marcadas en efectos secundarios

Busca embarazo

Cambia por otro método – si la respuesta es **SI** especificar cuál:

Si se está trabajando online se desplegará un menú con las diferentes opciones de los diferentes MAC, seleccionar el que corresponde.

Se debe iniciar con los métodos anticonceptivos modernos de mayor a menor efectividad:

- EQV masc.
- EQV fem.
- DIU Cu
- DIU Lng
- Implante una varilla
- Implante dos varillas
- AE
- ACO combinada
- Anillo combinado
- Parche combinado
- Inyectable mensual combinado
- ASP: levonorgestrel 0,030 mgr
- ASP: desogestrel 0,075 mg
- Inyectable trimestral IM
- Inyectable trimestral subcutánea Anillo de progesterona
- Condón

- Diafragma
- Espermicidas
- MELA

Y luego se plantean los métodos anticonceptivos tradicionales si la paciente lo requiere: abstinencia periódica y coito interrumpido.

### Condón

Marcar con una x (cruz) **NO** o **SI** según corresponda.

Este método puede ser utilizado juntamente con cualquier otro método marcado anteriormente y/o Anticoncepción de emergencia (AE).

### Referida a otro servicio

Marcar con una X (cruz) el casillero que corresponda: **NO** o **SI**.

Si la respuesta es **SI** se debe marcar a que servicio: salud mental, violencia, servicio social u otro especificando cual. Esto podrá facilitar su seguimiento posterior.

Próxima cita dd/mm/aa	Observaciones:
--------------------------	----------------

### Próxima cita

Marcar la fecha de la próxima cita.

### Observaciones

Utilizar este un espacio para registrar algún dato relevante en la historia clínica.

## EVOLUCIÓN 2 Y SUCESIVAS

Se deja espacio para el seguimiento de la persona para las próximas consultas.

---

## Reporte automático de indicadores

### Años Pareja Protegidos<sup>1</sup> (APP)

#### Definición:

La protección estimada proporcionada por los métodos de planificación familiar (PF) durante un período de un año, basada en el volumen de **todos los anticonceptivos** vendidos o **distribuidos gratuitamente a los clientes durante ese período**. Esto incluye métodos permanentes, como la esterilización y el método de amenorrea de la lactancia (LAM). Los APP<sup>2</sup> para cada método anticonceptivo se calcula multiplicando el número de unidades distribuidas (para la venta o de forma gratuita) a los clientes durante un período definido, generalmente 12 meses (podría ser un año calendario o año fiscal) por un factor de conversión<sup>3</sup> que cuantifica la duración de la protección anticonceptiva proporcionada por unidad distribuida y por procedimiento<sup>4</sup>.

#### Fórmula:

$$\text{APP} = \sum (\text{unidades por método} \times \text{factor de conversión} \times \text{año de uso})$$

**APP** = número de mujeres con DIU Cu x 4.6 + número de mujeres con DIU hormonal x 4.8 + número de esterilizaciones (ligaduras tubarias y vasectomías) x 10 + número de pacientes con píldoras combinadas x 0.0667 x 15 + número de pacientes con píldoras de progesterona sola x 0.0833 x 12 + número de mujeres usando implantes de 1 varilla x 2.5 + número de pacientes con implantes de 2 varillas x 3.8 + número de pacientes usando depo-provera x 0.25 x 4 + número de pacientes usando inyectable combinado x 0.167 x 6 + número de pacientes usando inyectables mensuales combinados x 0.077 x 13 + número de pacientes usando solo condones x 0.00833 x 120 + número de mujeres usando el método de lactancia amenorrea x 0.25 + número de usuarias de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel 1.5 mg x 0.033 x 30 + número de usuarias de diafragma vaginal x 1 + número de usuarias del parche hormonal transdérmico x 0.065 x 15 + número de usuarias de anillo vaginal x 0.067 x 15 + número de mujeres usando el Métodos de abstinencia periódica x 1.5

---

<sup>1</sup><https://www.data4impactproject.org/prh/family-planning/fp/couple-years-of-protection-cyp/>

<sup>2</sup><https://www.fhi360.org/resource/updated-couple-years-protection-literature-review-guidance-updating-existing-methods-and>

<sup>3</sup><https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/family-planning/couple-years-protection-cyp>

<sup>4</sup><https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-cyp-brief.pdf>



## Indicadores de Anticoncepción

### A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

#### A.1.A. Número total de consultas

Total de personas atendidas	3
Total Visitas Anticoncepción	0

#### Motivos de consulta

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Inicio MAC	0	-----	-----
Control evolutivo del MAC	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

#### Momento de inicio

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
MAC de intervalo	0	-----	-----
MAC de post evento obstétrico	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

#### A.1.B. Distribución por grupo de edad

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Edad <= 15 años	0	-----	-----
Edad 16-19 años	0	-----	-----
Edad 20-44 años	0	-----	-----
Edad >=45 años	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

### A.1.C. Distribución por Etnia

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Afro	0	-----	-----
Indigena	0	-----	-----
Blanca	0	-----	-----
Mestiza	0	-----	-----
Amarilla	0	-----	-----
Otra	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

### A.1.D. Distribución por Estado Civil

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Casada	0	-----	-----
Union Estable	0	-----	-----
Divorciada/Separada	0	-----	-----
Soltera	0	-----	-----
Viuda	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

### A.1.E. Distribución por Estudios

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Ninguno	0	-----	-----
Primaria	0	-----	-----
Secundaria	0	-----	-----
Universitario	0	-----	-----
Otro	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

### A.1.F. Distribución por Trabajo

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Trabaja SI	0	-----	-----
Trabaja NO	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

### A.1.G. Distribución por Remuneración

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Remuneración SI	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0



	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Remuneración NO	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

#### A.1.H. Distribución por Ingreso Social

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Ingreso Social SI	0	-----	-----
Ingreso Social NO	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

#### A.1.I. Distribución por mac preferido

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
ACO combinada	0	-----	-----
Anillo combinado	0	-----	-----
Parche combinado	0	-----	-----
Inyectable mensual combinado	0	-----	-----
APS: levonorgestrel 0,030 mg	0	-----	-----
APS: desogestrel 0,075 mg	0	-----	-----
Anillo de progesterona	0	-----	-----
Inyectable trimestral IM	0	-----	-----
Inyectable trimestral subcutánea	0	-----	-----
Implante una varilla	0	-----	-----
Implante dos varillas	0	-----	-----
DIU Lng	0	-----	-----
DIU Cu	0	-----	-----
EQV masc.	0	-----	-----
EQV fem	0	-----	-----
Condón	0	-----	-----
Diafragma	0	-----	-----
Espemicidas	0	-----	-----
MELA	0	-----	-----
Abstinencia periódica	0	-----	-----
Coito interrumpido	0	-----	-----
AE	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

#### A.1.J. Distribución por mac iniciado

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
ACO combinada	0	-----	-----
Anillo combinado	0	-----	-----
		N casos = 0	N casos válidos = 0

	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
Parche combinado	0	-----	-----
Inyectable mensual combinado	0	-----	-----
APS: levonorgestrel 0,030 mg	0	-----	-----
APS: desogestrel 0,075 mg	0	-----	-----
Anillo de progesterona	0	-----	-----
Inyectable trimestral IM	0	-----	-----
Inyectable trimestral subcutánea	0	-----	-----
Implante una varilla	0	-----	-----
Implante dos varillas	0	-----	-----
DIU Lng	0	-----	-----
DIU Cu	0	-----	-----
EQV masc.	0	-----	-----
EQV fem	0	-----	-----
Condón	0	-----	-----
Diafragma	0	-----	-----
Espermicidas	0	-----	-----
MELA	0	-----	-----
Abstinencia periódica	0	-----	-----
Coito interrumpido	0	-----	-----
AE	0	-----	-----
Sin dato	0	-----	-----

N casos = 0                      N casos válidos = 0

## B. Descripción de uso de métodos anticonceptivos

### B.1.A. Distribución por edad y MAC iniciado

MÉTODO INICIADO	EDAD <= 15 AÑOS	EDAD 16-19 AÑOS	EDAD 20-44 AÑOS	EDAD >=45 AÑOS	SIN DATO
ACO combinada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Parche combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable mensual combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: levonorgestrel 0,030 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: desogestrel 0,075 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo de progesterona	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral IM	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral subcutánea	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante una varilla	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante dos varillas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DIU Lng	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DIU Cu	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

MÉTODO INICIADO	EDAD <= 15 AÑOS	EDAD 16-19 AÑOS	EDAD 20-44 AÑOS	EDAD >=45 AÑOS	SIN DATO
EQV masc.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
EQV fem	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Condón	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Diafragma	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Espermicidas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MELA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Abstinencia periódica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Coito interrumpido	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
AE	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sin dato	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

### B.1.B. Distribución por educación alcanzada y MAC iniciado

MÉTODO INICIADO	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIO	OTRO	SIN DATO
ACO combinada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Parche combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable mensual combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: levonorgestrel 0,030 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: desogestrel 0,075 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo de progesterona	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral IM	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral subcutánea	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante una varilla	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante dos varillas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DIU Lng	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DIU Cu	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
EQV masc.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
EQV fem	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Condón	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Diafragma	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Espermicidas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MELA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Abstinencia periódica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Coito interrumpido	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
AE	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sin dato	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

### B.1.C. Distribución por etnia

MÉTODO INICIADO	AFRO	INDIGENA	BLANCA	MESTIZA	AMARILLA	OTRA	SIN DATO
ACO combinada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

MÉTODO INICIADO	AFRO	INDIGENA	BLANCA	MESTIZA	AMARILLA	OTRA	SIN DATO
Parche combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable mensual combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: levonorgestrel 0,030 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: desogestrel 0,075 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo de progesterona	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral IM	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral subcutánea	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante una varilla	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante dos varillas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DIU Lng	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
DIU Cu	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
EQV masc.	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
EQV fem	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Condón	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Diafragma	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Espermicidas	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MELA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Abstinencia periódica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Coito interrumpido	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
AE	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sin dato	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

#### B.1.D. Distribución por estado civil y MAC iniciado

MÉTODO INICIADO	CASADA	UNION ESTABLE	DIVORCIADA/SEPARADA	SOLTERA	VIUDA	SIN DATO
ACO combinada	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Parche combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable mensual combinado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: levonorgestrel 0,030 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
APS: desogestrel 0,075 mg	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Anillo de progesterona	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral IM	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Inyectable trimestral subcutánea	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Implante una varilla	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

MÉTODO INICIADO	CASADA	UNION ESTABLE	DIVORCIADA/SEPARADA	SOLTERA	VIUDA	SIN DATO
<b>Implante dos varillas</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>DIU Lng</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>DIU Cu</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>EQV masc.</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>EQV fem</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Condón</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Diafragma</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Espermicidas</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>MELA</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Abstinencia periódica</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Coito interrumpido</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>AE</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Sin dato</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

---

## BIBLIOGRAFIA

World Health Organization. Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Ginebra: WHO; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. Guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Ginebra: WHO; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>

World Health Organization. Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Ginebra: WHO; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549691>

World Health Organization. Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Ginebra: WHO; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf>

World Health Organization. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021: hacia el fin de las ITS. Ginebra: WHO; 2016. Disponible en: 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250253>

Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas. A actualización 2016. Washington, D.C. : OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y#:~:text=En%20el%202016%2C%20los%20Estados,en%20zonas%20end%C3%A9micas%20%5B2%5D>.

Jhpiego Corporation. Servicios de dispositivos intrauterinos postparto (DIUPP). Manual del practicante. Maryland: Jhpiego Corporation, 2010. Disponible en: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JK3C.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JK3C.pdf)

World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Guía para identificar y documentar mejores prácticas en los programas de planificación familiar. Ginebra: OMS, 2017.

Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family-planning/best-practices-fp-programs/es/>

Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4° ed. Ginebra, OMS, 2009.

Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44710>

Organización Mundial de la Salud. Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2015. Ginebra, OMS, 2016.

Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family-planning/mec-wheel-5th/es/>

Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. 5ª ed. Ginebra: OMS, 2015.

Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

World Health Organization. Family planning/contraception methods. Geneva: WHO; 2020 [Acceso 6 de Octubre 2021].

Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington, D.C.: CCP, OPS; 2019.

Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>

World Health Organization. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement - Recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. Geneva: WHO; 2019.

Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550574>

World Health Organization. New App for WHO's Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, WHO, 2019 [Acceso 6 de Octubre 2021].

Disponible en: <https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>

World Health Organization & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Family planning for adolescents and women at high risk for HIV. In: Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed. Geneva: WHO; 2021.

Disponibile en: <https://www.who.int/publications/i/item/family-planning-for-adolescents-and-women-at-high-risk-for-hiv>

World Health Organization & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Interactive wall chart. In: Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed. Geneva: WHO; 2021.

Disponibile en: <https://fphandbook.org/interactive-wall-chart>

World Health Organization & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Do you know your family planning choices? Geneva: WHO; 2021.

Disponibile en: [https://fphandbook.org/sites/default/files/Family%20Planning%20Wallchart English July%202021.pdf](https://fphandbook.org/sites/default/files/Family%20Planning%20Wallchart%20English%20July%202021.pdf)

World Health Organization. Monitoring human rights in contraceptive services and programmes. Geneva: WHO; 2017.

Disponibile en:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513036>

World Health Organization. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: WHO; 2014.

Disponibile en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud & United States. Agency for International Development. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Ginebra: OMS; 2014.

Disponibile en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112766?locale-attribute=es&>

Organización Mundial de la Salud. OMS. Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción. Ginebra: OMS; 2014. WHO/RHR/14.03

Disponibile en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/103316/WHO\\_RHR\\_14.03\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/103316/WHO_RHR_14.03_spa.pdf?sequence=1)



---

World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO\\_RHR\\_07.1\\_eng.pdf;jsessionid=06D2C9B69BD4C88DF2C421439F79280E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf;jsessionid=06D2C9B69BD4C88DF2C421439F79280E?sequence=1)

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Family planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data booklet. New York: UN; 2019.

Disponible en: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning\\_DataBooklet\\_2019.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf)







[www.paho.org/clap](http://www.paho.org/clap)  
[www.clap.ops-oms.org/sistemas](http://www.clap.ops-oms.org/sistemas)  
[postmasterCLAP@paho.org](mailto:postmasterCLAP@paho.org)