

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN



**INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL**

**NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A LA MUJER**

**Cuarta edición
Enero 2021**

Presentación



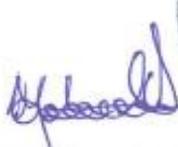
El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su Política de “Adoptar el sistema de calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo Según Acuerdo CD#2019-2232.OCT.- Contendida en acta N° 3874 dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido la **“Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer”** es el documento normativo que servirá de guía a los profesionales de salud (médicos generales y especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería, tecnólogos materno infantiles y demás personal de salud) en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas para la promoción y educación para la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico temprano y referencia al siguiente nivel de complejidad de salud en forma oportuna, de pacientes ginecoobstetricas, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los centros de atención que tengan esta intervención en su portafolio de servicios.

La Dirección de cada centro de atención, en conjunto con sus jefaturas idóneas, deberán proceder a su divulgación, implantación y responderán del cumplimiento obligatorio de esta Norma.

Lo que se transcribe para el conocimiento y aplicación obligatoria de todo el personal de salud y para los efectos pertinentes.



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General del ISSS

Equipo regulatorio

Nombre	Procedencia
Dr. José Adán Martínez Alvarenga	Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización
Dra. Ingrid Lissette Hugentobler Guardado	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Colaborador Técnico en Salud I Departamento de Normalización

Autoridades y profesionales que actualizaron la Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer

Nombre	Procedencia
Dr. Héctor Humberto Hernández Hernández	Medico Ginecólogo y Obstetra, Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Mario Mejía Grande	Medico Ginecólogo y Obstetra, Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Ana Celia Díaz de Uriarte	Medico Ginecólogo y Obstetra, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dra. Rocío Rivera de Hernández	Medico Ginecólogo y Obstetra, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dra. Erika L. Palacios	Jefa de Servicio de Tococirugía, Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Jilma Barahona de Cárcamo	Coordinadora del Programa Atención Integral a la Mujer, Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Marinella Rivera de Luna	Coordinadora del Programa Atención Integral a la Mujer, Unidad Médica San Jacinto
Dr. Juan José Guzmán Terán	Colaborador Técnico en Salud II, Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Claudia María Suárez Ramírez	Colaborador Técnico en Salud II, Sección Atención Primaria en Salud

Autoridades y profesionales que revisaron la Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer

Nombre	Procedencia
Dr. Guillermo José Valdés Flores	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Ginecología y Obstetricia)
Dr. Edwar A. Herrera Rodríguez	Jefe Servicio de Patología Ginecológica, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dr. Juan José Guzmán Terán	Colaborador Técnico en Salud II, Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Ligia Inés Marroquin de Menéndez	Colaborador Técnico en Salud II, Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo	Jefe Sección Atención Hospitalaria, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Miriam Karina Iraheta de Herrera	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Lucía L. Díaz de Salinas	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Lilian Verónica Molina de Rivera	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Dr. Sara Lizeth Granadino	Jefa de Departamento de Atención y Programación en Salud
Dra. María Eugenia Machón Lungo	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Atención y Programación en Salud
Lic. Tirso Ladislao Tamayo Corpeño	Colaborador Técnico en Salud I, Sección Atención Primaria en Salud
Lic. Natzumy Guadalupe Muñoz Guerrero	Licenciada en Nutrición, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Lic. María Elena Jovel de Henríquez	Jefatura Departamento de Enfermería
Lic. Aida Elena Solano de Portillo	Colaborador Técnico en Salud I, Departamento de Enfermería
Lic. Sandra Carolina Calles Chávez	Jefe de Enfermería, Unidad Médica Soyapango
Lic. Iris F. Hernández	Jefe de Enfermería, Unidad Médica Ilopango

Lic. Silvia M. Flores	Jefatura de Enfermería, Hospital Regional Santa Ana
Lic. Gloria G. Ruano de Polanco	Jefatura de Enfermería, Unidad Médica Santa Ana
Lic. Berta Luz Salazar de Zavaleta	Jefatura de Enfermería, Unidad Médica Atlacatl
Lic. Silvia Esmeralda Cartagena de Pérez	Jefe de Enfermería Unidad Médica Apopa
Lic. Sara Guadalupe Sánchez Mendoza	Jefe de Trabajo Social, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Lic. Nury Padilla de Amaya	Jefe de Trabajo Social, Hospital Policlínico Zacamil

Autoridades y profesionales que validaron la Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer

Nombre	Procedencia
Dr. Guillermo José Valdés Flores	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Ginecología y Obstetricia)
Dr. Juan José Guzmán Terán	Colaborador Técnico en Salud II, Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Ligia Inés Marroquin de Menéndez	Colaborador Técnico en Salud II, Sección Atención Primaria en Salud
Dra. Miriam Karina Iraheta de Herrera	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Gladys Patricia Flores de Villeda	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Lilian Verónica Molina de Rivera	Colaborador Técnico en Salud II, Departamento de Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud
Lic. María Elena Jovel de Henríquez	Jefatura Departamento de Enfermería
Lic. Aida Elena Solano de Portillo	Colaborador Técnico en Salud I, Departamento de Enfermería
Dr. Ricardo Ernesto Salazar Escobar	Director Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dra. Maritza Concepción Castillo Funes	Gerente de Servicios Médicos Asistenciales, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dra. Miriam Yanira González Pineda	Gerente de Servicios de Apoyo a Procesos de Salud, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dr. René Ernesto Alvarado Soto	Jefe Departamento de Ginecológica, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dr. Edwar A. Herrera Rodríguez	Jefe Médico del Servicio de Patología Ginecológica, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Lic. Sara Guadalupe Sanchez Mendoza	Jefa de Trabajo Social, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dra. Jilma Barahona de Cárcamo	Coordinadora del Programa Atención Integral a la Mujer, Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Erika L. Palacios	Jefa de Servicio de Tococirugía, Hospital Policlínico Zacamil

Lic. Nury Padilla de Amaya	Jefa de Trabajo Social, Hospital Policlínico Zacamil
Lic. Beatriz García de Martínez	Nutricionista, Hospital Policlínico Zacamil
Lic. Patricia Hernández	Educadora en Salud, Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Carmen E. Santamaría de Martínez	Directora Hospital Regional de Sonsonate
Dr. Miguel Ángel Martínez	Jefe Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Sonsonate
Dr. Rafael A. Quezada Martínez	Jefe Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Santa Ana
Lic. Salvador Romeo Recinos Rivas	Administrador, Unidad Médica San Jacinto
Lic. Vilma Beatriz Recinos de Cerón	Educadora en Salud, Unidad Médica San Jacinto
Dra. Marinelle Rivera de Luna	Coordinadora de Ginecología, Unidad Médica San Jacinto
Dr. Cristian Alexander Santamaría Salazar	Director, Unidad Médica Atlacatl
Dra. Gladys E. Ayala de Flamenco	Coordinadora de Ginecología, Unidad Médica Atlacatl
Lic. Roberto Antonio Serrano Arias	Tecnólogo Materno Infantil, Clínica Comunal Santa Lucía
Dr. Rolando Wilber Monge Alfaro	Director, Unidad Médica Ilopango
Dra. Katia Lizzeth Rivera López	Mesogestor, Unidad Médica Ilopango
Dra. Magdalena Turcios Cruz	Coordinadora de Ginecología, Unidad Médica Ilopango
Lic. Cecibel Barrera López	Enfermera, Unidad Médica Ilopango
Lic. Beatriz Elena Ruano	Jefa de Trabajo Social, Unidad Médica Ilopango
Lic. Dalila Herminia Silva Quintanilla	Tecnólogo Materno Infantil, Clínica Comunal San Antonio Abad
Dra. Emelinda Jeannette Escobar de Ayala	Directora, Unidad Médica Cojutepeque
Dra. Gloria Susana Escobar Navas	Directora, Clínica Comunal Lourdes Comunal

Dr. Francisco Antonio Araniva García	Jefe Departamento Psiquiatría, Hospital Policlínico Arce
Dr. Alejandro E. Bernal Santamaría	Director, Unidad Médica Apopa
Lic. Nahomy G. Melara García	Administradora, Unidad Médica Apopa
Dr. José Villeda Bejarano	Coordinador de Ginecología, Unidad Médica Zacatecoluca
Dra. Dolores Alicia Láinez de Hernández	Médico, Clínica Comunal San Antonio Abad
Dra. Elizabeth Martínez de Henríquez	Coordinadora de Ginecología, Unidad Médica San Miguel
Dr. Santiago Ernesto Cuellar Platero	Director, Clínica Comunal Guadalupe
Dra. Iris Rosimar Flores Espinoza	Directora, Clínica Comunal Miramonte
Dra. Alba Luz Guzmán de Navas	Coordinadora de Ginecología, Unidad Médica Usulután
Lic. Carola Aida Aguirre	Nutricionista, Unidad Médica 15 de Septiembre
Lic. Luz Elena Cuchilla Alvarado	Jefe de Enfermería, Unidad Médica 15 de Septiembre
Lic. Sandra Carolina Calles de Sosa	Jefa de Enfermería, Unidad médica Soyapango
Lic. Claudia Beatriz Artiga	Enfermera General, Clínica Comunal Monserrat

Contenido.

A. Lex artis.....	1
B. Marco legal.....	2
C. Introducción.....	6
D. Objetivos.....	7
E. Campo de aplicación.....	7
F. Población beneficiaria.....	7
G. Consideraciones generales.....	8
I. Atención preconcepcional.....	9
II. Atención prenatal.....	11
III. Atención del parto.....	23
IV. Atención puerperio.....	24
V. Planificación Familiar.....	26
VI. Atención climaterio y menopausia.....	32
VII. Detección precoz cáncer ginecológico.....	40
VIII. Responsabilidades obligaciones y funciones para la atención integral en salud a la mujer.....	49
IX. Indicadores atención integral en salud.....	60
X. Educación para la salud.....	63
XI. Observancia de la norma.....	64
XII. Infracciones y sanciones.....	64
XIII. Disposiciones generales.....	64
XIV. Vigencia de los lineamientos.....	64
XV. Oficialización.....	65
XVI. Glosario.....	66
XVII. Bibliografía.....	68
XVIII. Anexos.....	69
Anexo 1. Hoja filtro preconcepcional.....	69
Anexo 2. Algoritmo de atención a la mujer en la etapa preconcepcional.....	70
Anexo 3. Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS.....	73
Anexo 4. Hoja filtro prenatal.....	75

Anexo 4. Hoja filtro prenatal.....	76
Anexo 5A. Historia clínica perinatal (HCP).....	77
Anexo 5B. Historia clínica perinatal (HCP).....	78
Anexo 6A. Carné materno perinatal (CMP).....	79
Anexo 6B. Carné materno perinatal (CMP).....	80
Anexo 7. Hoja de consejería pre y post consulta.....	81
Anexo 8. Hoja de control puerperal.....	83
Anexo 9. Lista de verificación de embarazo.....	84
Anexo 10. Hoja de inscripción planificación familiar.....	85
Anexo 10. Hoja de inscripción planificación familiar.....	86
Anexo 11. Hoja de consulta subsecuente de planificación familiar.....	87
Anexo 12. Reporte de falla de método de planificación familiar.....	88
Anexo 13. Reporte de productos con defectos de calidad.....	89
Anexo 14. Reporte de sospecha de falla terapéutica.....	90
Anexo 15A. Hoja de inscripción en el climaterio.....	91
Anexo 15B. Hoja de inscripción en el climaterio.....	92
Anexo 16A. Hoja subsecuente climaterio.....	93
Anexo 16B. Hoja subsecuente climaterio.....	94
Anexo 17B. Factores de riesgo de osteoporosis.....	96
Anexo 18A. Herramienta frax (mujer).....	97
Anexo 18B. Herramienta frax.....	98
Anexo 19. Solicitud de mamografía de tamizaje.....	99
Anexo 20. Técnica de toma de citología.....	100

A. Lex artis

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva, cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los Derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

B. Marco legal

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR SECCIÓN PRIMERA DERECHOS INDIVIDUALES

Art. 3. Todas las personas son iguales ante la ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión.

SECCIÓN CUARTA SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Art. 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

LEY DE IGUALDAD, EQUIDAD Y ERRADICACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES CAPÍTULO V

Promoción y protección de la igualdad y no discriminación en los derechos a la salud y otros derechos sociales y culturales.

Art. 26. Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva.

El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral.

En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud, se aplicarán los siguientes lineamientos generales:

b) Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, auto cuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes.

c) Proveer información científica, educación, normas de higiene, prevención, detección y atención a riesgos en salud sexual y salud reproductiva, con especial consideración a las infecciones de transmisión sexual y el Virus de inmunodeficiencia Humana/Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (VIH- SIDA).

d) Garantizar servicios de salud de calidad durante la etapa de fertilización, implantación, embarazo, parto y puerperio a todas las mujeres, sin discriminación de ningún tipo, incluyendo la garantía de atención a pacientes que acudan a los establecimientos de salud en busca de atención oportuna, por problemas y situaciones que pongan en riesgo la continuidad del embarazo.

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA)

Art. 32. Salud sexual y reproductiva.

Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre.

El Estado en los ramos correspondientes garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia, con el objeto de fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos.

Los servicios y programas implementados garantizarán y promoverán el respeto del derecho a la vida desde el instante de la concepción.

Así mismo, se destaca los contenidos de los siguientes artículos.

CAPÍTULO II SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

Art. 23. Obligación de atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada.

Art. 24. Embarazo precoz.

Art. 28. Derecho a la lactancia materna.

Art. 33. Salud sexual y reproductiva.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS
CAPÍTULO III.
ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art. 2. El sistema de control Interno: Es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno proporcionará al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de gestión: Están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.

Objetivos relacionados con la información: Impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.

Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables. Están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores.

Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente además de toda la normativa legal vigente aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de

actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra Normativa Legal Vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.

LEY DEL SEGURO SOCIAL.
CAPITULO V BENEFICIOS SECTOR PRIMERA DE LOS BENEFICIOS POR ENFERMEDAD
Y ACCIDENTE COMÚN

Art. 48. En caso de enfermedad, las personas cubiertas por el Seguro Social tendrán derecho, dentro de las limitaciones que fijen los reglamentos respectivos, a recibir servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios y de laboratorio, y los aparatos de prótesis y ortopedia que se juzguen necesarios. El Instituto prestará los beneficios a que se refiere el inciso anterior, ya directamente, ya por medio de las personas o entidades con las que se contrate al efecto. Cuando una enfermedad produzca una incapacidad temporal para el trabajo, los asegurados tendrán, además, derecho a un subsidio en dinero. En los reglamentos se determinará el momento en que empezarán a pagarse, la duración y el monto de los subsidios, debiendo fijarse este último de acuerdo con tablas que guarden relación con los salarios devengados, o ingresos percibidos.

C. Introducción

El Programa de Atención Materna y Planificación Familiar inició en 1954 con el nacimiento de la Institución. En Octubre de 1989, pasó a formar parte del entonces Departamento de Medicina Preventiva y actualmente de la Sección de Atención Primaria en Salud. En mayo de 2002 se crea el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer y la última versión de la Norma se elaboró en el año 2013.

En esta cuarta edición de la Norma se reúnen todos los componentes sobre la **Atención Integral en Salud a la Mujer** que se brindan a la derechohabiente, basándose en el **Modelo de Atención Integral en Salud del ISSS** con **enfoque por Curso de Vida** el cual fue aprobado en el año 2018. Establece los lineamientos técnicos para la atención estandarizada y las responsabilidades de los diferentes equipos multidisciplinarios, en los diferentes centros de atención, con el propósito de brindar atención oportuna, con calidad y calidez.

El esfuerzo compartido en su elaboración, con la participación de personal multidisciplinario, de los distintos niveles de atención del ISSS, permitió unificar criterios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para la prestación de servicios integrales a la mujer derechohabiente, así como la definición de criterios para la referencia, retorno e interconsulta pertinente y oportuna, de aquellas mujeres con problemas de salud que ameritan ser manejadas en un nivel de mayor complejidad.

La **Atención Integral en Salud a la Mujer con enfoque por Curso de Vida** está estructurada en las siguientes Atenciones:

1. Atención preconcepcional.
2. Atención prenatal (básico, especializado y alto riesgo obstétrico).
3. Atención del parto.
4. Atención del puerperio.
5. Planificación familiar.
6. Atención del climaterio y menopausia.
7. Prevención y detección de cáncer ginecológico.

Estas atenciones serán desarrolladas con enfoque de género, basadas en los derechos sexuales y reproductivos, y sin discriminación.

Es importante destacar que como parte de la **Atención Integral en Salud** se abordarán los siguientes **ejes transversales de educación para la salud** en los aspectos siguientes:

1. Promoción de la salud.
2. Abordaje comunitario.
3. Salud sexual y reproductiva.
4. Prevención de todas las formas de violencia.
5. Consejería y educación nutricional.
6. Promoción de la actividad física.
7. Salud oral.
8. Salud mental.

Los ejes antes descritos aplicarán estos componentes de Atención Integral en Salud a la Mujer dentro del Curso de Vida a fin de cumplir las expectativas de las Derechohabientes, para mejorar la calidad de atención.

D. Objetivos

General:

Estandarizar la **Atención Integral en Salud a la Mujer**, con el fin de contribuir a promover, proteger, recuperar y mejorar sus condiciones de salud a lo largo de su curso de vida por medio del enfoque biopsicosocial y de riesgo, desde la etapa preconcepcional hasta la etapa postmenopáusica.

Específicos:

1. Establecer las regulaciones aplicables para la provisión de servicios de atención integral, longitudinal y continuada a la mujer desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación con enfoque por curso de vida.
2. Proveer las herramientas para que los proveedores de la atención directa puedan identificar y modificar condiciones que representan riesgos para la salud sexual y reproductiva (**SSR**) de la mujer en todos sus componentes, facilitando intervenciones oportunas y efectivas (preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, planificación familiar, climaterio y menopausia, prevención de cáncer ginecológico).
3. Orientar al personal de salud sobre la asesoría y consejería oportuna a la condición especial de cada mujer para la toma de decisiones reproductivas, que incluya la atención preconcepcional y la selección del método anticonceptivo a partir de los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, adecuado a su condición, considerando los factores de alto riesgo reproductivo.
4. Promover y fomentar la educación para la salud de los y las derechohabientes a fin de identificar y atender oportunamente factores que conlleve a Alto Riesgo Reproductivo y Alto Riesgo Obstétrico.

E. Campo de aplicación

El presente documento normativo es de carácter obligatorio para la Atención Integral en Salud a la Mujer, por el personal administrativo, personal técnico y de servicios de apoyo en los centros de atención del ISSS y en los diversos niveles de complejidad de la atención a nivel nacional.

F. Población beneficiaria

La población beneficiaria de la atención a la mujer dentro del curso de vida son todos los derechohabientes cotizantes y beneficiarias (incluyendo la adolescente beneficiaria de pareja cotizante) comprendidas entre los 15 y 70 años y comprende las atenciones que se brindan desde la etapa preconcepcional hasta la postmenopáusica. Además, se incluye al hombre en las etapas que así lo requieran.

G. Consideraciones generales

La Atención Integral en Salud a la Mujer con enfoque por Curso de Vida, como materialización de la estrategia de Atención Primaria en Salud, representa una condición esencial para contribuir al logro de los Objetivos contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas mediante el abordaje de las causas fundamentales de la salud así como sus determinantes sociales, que en su justa dimensión permitirán la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad maternas e infantiles a nivel de país. En este sentido, el estilo de vida en constante interacción con el ambiente (incluyendo el social y cultural) junto a la esfera biológica del ser humano y la organización de los servicios de salud, son en esencia, las variables que, en primera línea, configuran las necesidades de atención que en este cuerpo normativo se pretenden abordar, mediante un enfoque integral e integrado y respetuoso de los derechos de la población a quienes va dirigido.

Atención Integral a la Mujer con Enfoque por Curso de Vida

♦ Misión.

Brindar atención integral e integrada a la mujer derechohabiente con calidad y calidez durante los diferentes momentos del curso de vida, a través del fomento y promoción de estilos de vida saludable, promoción de la actividad física, la prevención de enfermedades, diagnóstico oportuno de condiciones patológicas, recuperación de la salud y reinserción.

♦ Visión.

Ser un modelo de atención integral a la mujer, a través de intervenciones articuladas y oportunas en sus diferentes componentes y ejecutadas en red, a fin de mantener la salud de las derechohabientes en todo su curso de vida.

Derechos Sexuales y Reproductivos

La Atención Integral en Salud a la Mujer está enmarcado en el Modelo de Atención Integral en Salud por Curso de Vida, los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Organización de las Naciones Unidas, de las cuales El Salvador es suscriptor firmante y que comprenden los siguientes:

♦ Derechos Sexuales:

1. Vivir la sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros impedimentos a la libre expresión de los deseos.
2. Vivir la sexualidad independientemente del estado civil, edad o condición física.
3. Escoger el/la pareja sexual sin discriminaciones, con libertad y autonomía para expresar su orientación sexual si así lo desea.
4. Vivir la sexualidad libre de violencia, discriminación y coerción; y con el respeto pleno por la integridad corporal de la otra persona.
5. Practicar la sexualidad independientemente de penetración.
6. Insistir en la práctica del sexo seguro para prevenir embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

7. A la salud sexual, la cual exige el acceso a todo tipo de información, educación y a servicios confidenciales de alta calidad sobre sexualidad y salud sexual.

◆ **Derechos Reproductivos:**

1. Individual de mujeres y hombres de decidir sobre si quieren o no, tener hijos, en qué momento de sus vidas y cuantos desean tener.
2. De tomar decisiones sobre la reproducción, libre de discriminación, coerción o violencia.
3. De hombres y mujeres para participar con responsabilidades iguales en el cuidado de los hijos.
4. A servicios de salud pública de calidad y accesibles, durante todas las etapas de la vida.
5. A adopción y al tratamiento para la infertilidad.

I. Atención preconcepcional

La atención preconcepcional es reconocida como un componente crítico en la atención sanitaria en las mujeres en edad reproductiva, que procura lograr el bienestar materno y el nacimiento de un niño sano. El momento ideal para el asesoramiento es previo al deseo de la gestación.

La atención preconcepcional será aplicada a nivel institucional como una estrategia de atención inicial por riesgo en el curso de vida de la mujer de manera progresiva en las diferentes redes de atención del ISSS y de acuerdo con el portafolio de servicios de cada centro.

Todo personal de salud que detecte a una mujer en edad reproductiva con deseo de embarazo y con vida sexual activa deberá referirse para evaluación integral a médico general o familiar capacitado, ginecólogo para evaluación preconcepcional.

Todo médico general, familiar o pediatra que atienda poblaciones adolescentes deberá aplicar la hoja filtro de atención preconcepcional para brindar la atención y seguimiento de acuerdo con el riesgo y lo estipulado en las normas institucionales vigentes.

El personal de salud que brinde la atención preconcepcional debe:

1. Aplicar la **Hoja filtro preconcepcional** en toda mujer en edad fértil con vida sexual activa y/o que exprese su deseo de embarazo, en los diferentes niveles de atención, como parte del curso de vida mujer (Anexo 1).
2. Al evaluar la hoja filtro se determinará el **riesgo preconcepcional**, según la clasificación:
 - a. Riesgo bajo
 - b. Riesgo medio
 - c. Riesgo alto
3. Luego de determinar el **riesgo reproductivo** se brindará la atención de acuerdo con el **Algoritmo de atención a la mujer en la etapa preconcepcional** (Anexo 2).

4. Toda paciente clasificada con riesgo medio y alto según la hoja filtro preconcepcional serán catalogadas como: **alto riesgo reproductivo** y serán referidas para consulta con ginecólogo en las diferentes redes del ISSS, en donde se definirá la ruta de atención pertinente de acuerdo con la aplicación del algoritmo de atención preconcepcional.
5. Si la paciente es elegible para consulta preconcepcional, el personal de salud asignado a la atención integral deberá:
 - a. Realizar historia clínica completa que incluya: datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos, riesgos laborales y ambientales.
 - b. Realizar examen físico completo.
 - c. En los casos de bajo peso y obesidad referir a nutricionista y ginecólogo. según puntos de corte de índice de masa corporal (IMC) para la edad.
 - d. Toma de Papanicolaou (PAP) si no está vigente o nunca se lo ha realizado. Si reporta anormalidad, maneje según lo descrito en el **Apartado VII Detección precoz cáncer ginecológico**.
 - e. Verificar esquema de vacunación según la edad. Si no está completo, se deberá cumplir dosis según recomendación de esquema nacional de vacunación vigente.
 - f. Referir a evaluación odontológica, enfatizando la importancia de la higiene bucal.
 - g. De acuerdo con los antecedentes y hallazgos clínicos, brindar asesoría previa a la gestación.
 - h. Aplicar el **Algoritmo de atención a la mujer en la etapa preconcepcional** y documentar los factores de riesgo en el expediente clínico (Anexo 2).
 - i. Prescribir micronutrientes idealmente 3 meses antes del embarazo, según **Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS** (Anexo 3).
 - j. Indicar exámenes de laboratorio básicos: tipo sanguíneo y Rh, hemograma, VIH, RPR, examen general de orina, glicemia (si tiene factores de riesgo para diabetes) y otros exámenes de laboratorio y gabinete requeridos según riesgo detectado y manejarlo de acuerdo con los resultados.
 - k. Solicitar **interconsultas** con las especialidades de acuerdo con los hallazgos para **definir momento oportuno para toma decisión para embarazo**.

Duración, periodicidad y seguimiento

1. La primera consulta tendrá una duración **de 20 minutos** procurando generar empatía con la usuaria, creando un ambiente propicio para promover la consejería integral y la educación en salud con enfoque de derechos.
2. La consulta de seguimiento tendrá una duración **de 15 minutos** y puede ser programada con una periodicidad de **8 – 12 semanas** después de la consulta inicial, de acuerdo con la condición/ enfermedad de la paciente, con un máximo de un año (**3 o 4** controles).
3. La usuaria después de un año de haber buscado el embarazo sin lograrlo deberá referirse a consulta de Infertilidad, de acuerdo con los criterios definidos en esta normativa.
4. Debe garantizarse, que a la usuaria que no se encuentre en condiciones de embarazarse, se le ofrezca un método anticonceptivo, según criterios médicos de elegibilidad y deberá referirse para atención de su patología a la especialidad correspondiente.

Nota: La consulta preconcepcional debe brindarse a la pareja (preferentemente) y documentarlo en expediente.

II. Atención prenatal

El Coordinador del Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer de cada cabeza de red coordinará con sus centros de atención el desarrollo de las actividades educativas relacionadas a **Estimulación Prenatal y Psicoprofilaxis Obstétrica**, en el cual se abordarán las siguientes temáticas:

- ✓ Cambios en el embarazo.
- ✓ Embarazo y bienestar.
- ✓ El proceso del parto.
- ✓ Diferentes situaciones, diferentes partos.
- ✓ Puerperio y lactancia materna.
- ✓ Gimnasia y estimulación prenatal.
- ✓ Alto riesgo obstétrico.
- ✓ Signos y síntomas de alarma
- ✓ Higiene de la cavidad oral.
- ✓ Nutrición durante el embarazo y puerperio.
- ✓ Cuidados en cada trimestre del embarazo.
- ✓ Entre otros.

En todos los niveles de atención, se cumplirá lo que se detalla a continuación:

1. La atención será integral, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la educación para la salud, relacionada con el embarazo, parto y puerperio.
2. Toda embarazada que consulte por morbilidad en emergencia o consulta externa y que no coincida con su control prenatal será evaluada en el centro de atención de la red, según portafolio de servicios y será registrada como consulta de morbilidad.
3. Se promoverá y fomentará la **inscripción precoz en las primeras 12 semanas de embarazo**, a través de educación para la salud, tanto intramural como extramuralmente, por todos los profesionales de la salud de los centros de atención.
4. Si al llenar la **hoja filtro prenatal (Anexo 4)** se identifican factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al Control Prenatal Especializado.
5. La inscripción prenatal será realizada por médico general, familiar, ginecólogo obstetra, materno fetal (perinatólogo), quien realizará historia clínica longitudinal y llenará completamente la **Historia Clínica Perinatal (HCP) (Anexo 5A y 5B)** y el **Carné Materno Perinatal (CMP) (Anexo 6A y 6B)** donde se registrará la intervención realizada, este último se le entregará a la paciente con toda la información completa. **La consulta tendrá una duración de 20 minutos.**
6. El control prenatal básico subsecuente será brindado por médico general, familiar y/o ginecólogo según disponibilidad del centro de atención, con una duración de 15 minutos por paciente.
7. En caso de control prenatal especializado de primera vez será atendido por médico ginecólogo y/o médico materno fetal (perinatólogo) con duración de 20 minutos y control subsecuente deberá ser de 15 minutos por paciente.

8. Para toda paciente embarazada que amerite referencia, se utilizará el CMP y se llenará la hoja de referencia, retorno e interconsulta.
 9. Toda consulta de embarazo con morbilidad asociada se registrará en el expediente clínico en hoja de evolución del caso y deberá consignarse a la HCP y el CMP los datos relevantes en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la paciente.
 10. En cada control prenatal básico o especializado, la enfermera del programa o personal asignado deberá realizar una entrevista a la embarazada post consulta, anotando el contenido en la **Hoja de consejería pre y post consulta diseñada** para ello, reforzando así la consejería (Anexo 7).
 11. Toda embarazada de riesgo que sea atendida en emergencia deberá ser evaluada por médico agregado, quien decidirá interconsultas o ingreso hospitalario, para su posterior atención por personal idóneo.
 12. El personal de salud de todo centro de atención que refiera pacientes de emergencia a un hospital de la Red, deberá comunicarlo previamente a través de una llamada telefónica al médico agregado de ese centro de atención. Dicha paciente deberá ser enviada con la **Hoja de referencia y retorno** y anexo el **CMP** con los resultados de exámenes realizados.
 13. El médico tratante al dar el alta a paciente llenará una Hoja de referencia y retorno con los detalles completos de su ingreso y plan de seguimiento para su control ambulatorio.
 14. Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el **Control Prenatal Básico**, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.
 15. Toda mujer embarazada que al momento de la inscripción presente alteraciones en su peso según IMC* (menor de 18.5 o mayor de 30) será referida a consulta con nutrición, para recibir la atención pertinente. En caso de mujer embarazada con IMC mayor o igual a 40 debe ser referida a las 32 semanas para evaluación por Neumólogo en la consulta externa (según portafolio de servicios).
- *El IMC de la embarazada se calcula exclusivamente con el peso pregestacional.
16. Toda paciente embarazada será referida a Higiene Dental para su profilaxis a partir de su inscripción, según la Norma del Componente de Salud Bucal ISSS vigente.
 17. Toda embarazada deberá completar como mínimo 5 controles: 1 de inscripción y 4 de seguimiento según tabla 1. **A partir de la semana 36 se debe citar a la paciente cada semana hasta el momento del parto**

Tabla 1. Plan de cuidado prenatal

Controles	Semanas de embarazo
1° Control (inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación.
2° Control	Entre las 16-18 semanas
3° Control	Entre las 26-28 semanas
4° Control	Entre las 32-34 semanas
5° Control	A las 38 semanas -40 semanas

Fuente Criterios de la Organización Mundial de la Salud.

18. En el caso del **Prenatal Especializado**, el criterio del médico especialista determinará el número y frecuencia de los controles prenatales subsecuentes.
19. Toda mujer con antecedente de cesárea anterior deberá ser referida al hospital que corresponda a partir de la 36 semana de gestación para programar Cesárea Electiva (con las evaluaciones necesarias si presenta patología de base, trámite de esterilización si lo desea), continuando sus controles hasta la fecha programada en el establecimiento de referencia.
20. Las Embarazadas con **una cesárea anterior** que cumplan criterio para Parto Vaginal y desee intentarlo deberá recibir y documentar consejería brindada, llenar y firmar el consentimiento informado. De no haber iniciado trabajo de parto espontaneo deberá ser evaluada a las 40 semanas para su cesárea electiva.
21. Toda paciente embarazada, que a las 40 semanas no ha iniciado trabajo de parto, debe ser referida al **hospital correspondiente** para pruebas de bienestar fetal y evaluación de inducción del parto.
22. Enfermería entregará requisitos a presentar al momento de ingreso en trabajo de parto.

Tipos de Control Prenatal

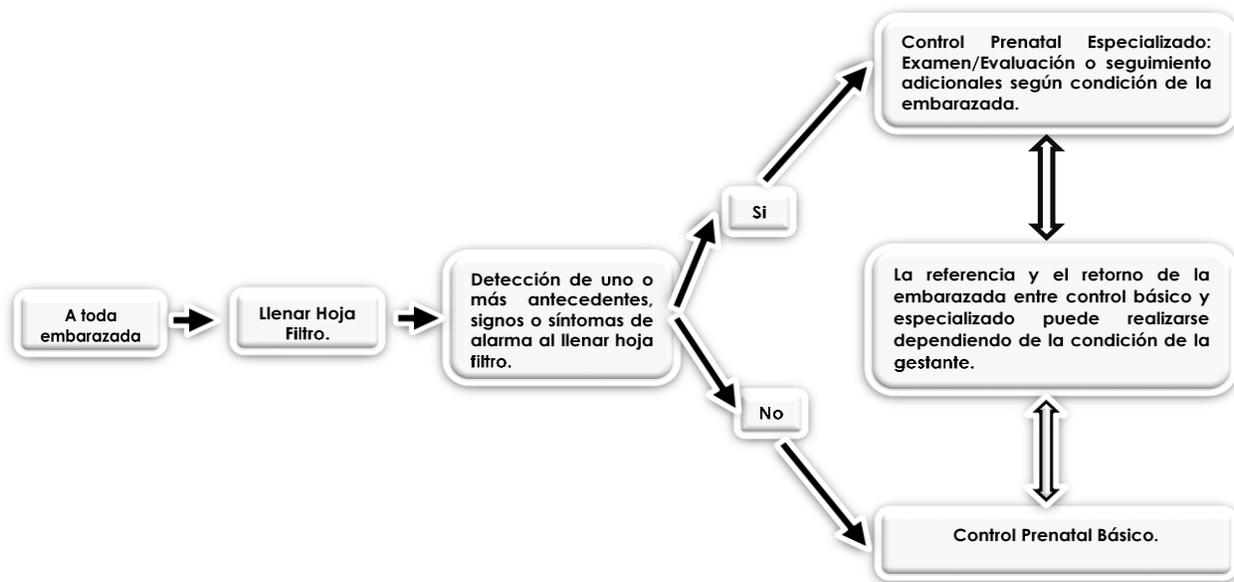
El control prenatal se clasifica, según la evaluación de la usuaria, en **Prenatal Básico** y **Prenatal Especializado**:

Prenatal Básico

El Control Prenatal Básico es para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Será brindado por médico general, médico de familia o médico ginecólogo donde se cuente con este recurso.

1. A toda mujer embarazada se le llenará durante los controles la **Hoja Filtro Prenatal (Anexo 5)** para definir si es candidata para control Prenatal Básico o Especializado. La sección Antecedentes Obstétricos de esta hoja será llenada durante la consulta de inscripción. Las secciones Historia Clínica General y Embarazo Actual de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el profesional de salud que da el Control Prenatal.
2. Si al llenar la Hoja Filtro Prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del **Control Prenatal Básico** se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser referida al **Control Prenatal Especializado al nivel correspondiente**.
3. Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el **Control Prenatal Básico**, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

Figura 1. Ruta de atención prenatal



Fuente Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer, 3° edición, diciembre 2013.

4. Dentro del **Control Prenatal Básico** se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica, preventivo y tratamiento.
5. El objetivo del componente educativo es lograr que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el autocuidado y el desarrollo de la gestación (dieta apropiada, relaciones sexuales, ejercicio, tipo de ropa y otros), reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.
6. Las actividades educativas serán realizadas por los profesionales de la salud en los tres niveles de atención y serán responsabilidad del médico, enfermera, auxiliar de enfermería, licenciado en atención materno-infantil y educador en salud. Utilizarán y entregarán materiales educativos a cada derechohabiente.
7. El objetivo del componente de evaluación clínica es vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.
8. El objetivo del componente preventivo y tratamiento es brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer embarazada y a su hijo y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten durante el control prenatal.

Prenatal Especializado

El Control Prenatal Especializado es para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecólogo Obstetra o Materno Fetal, en este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente:

1. La atención de la embarazada en **Control Prenatal Especializado** será **prioritaria** y deberá ser atendida el mismo día de su referencia en la **emergencia del centro hospitalario**, y en un **lapso no mayor de 15 días** si es referida a consulta externa.
2. Toda paciente en **Control Prenatal Especializado referida para hospitalización** deberá llevar en su **CMP y en la Hoja de Referencia y Retorno** los datos completos de su prenatal, así como el tratamiento recibido hasta ese momento; y al obtener el alta se le llenará una **Hoja de Referencia y Retorno** con los detalles completos de su ingreso y recomendaciones en el retorno para su control ambulatorio.

Referencia de la paciente embarazada

Criterios de referencia:

- a) Se referirá a la paciente para control prenatal en la consulta que se detecten factores / condiciones de riesgo.
- b) Si la Paciente presenta uno o más de los siguientes factores / condiciones de riesgo deberá ser referida con **ginecólogo al segundo nivel de atención**:
 - Hipertensión arterial.
 - Endocrinopatías.
 - Colagenopatías.
 - Síndrome convulsivo.
 - Trastornos de la salud mental.
 - Mujer > 35 años.
 - Adolescencia (<18 años).
 - Intervalo intergenésico < 24 meses.
 - Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg/m²).
 - Obesidad (IMC > 30 Kg/m²).
 - Cardiopatías.
 - Asma bronquial.
 - Diabetes Mellitus compensada y/o gestacional A1.
 - Anemia antes del embarazo.
 - IVU recurrente.
- c) Referir a **Medicina Materno Fetal (Perinatología)**:
 - VIH/SIDA confirmada (Hospital Materno Infantil 1° Mayo).
 - Diabetes Tipo I, II o gestacional A2 manejada con insulina.
 - Asma bronquial.
 - Óbito fetal o muerte neonatal previa.
 - Toxoplasmosis activa.
 - Síndrome antifosfolípido
 - Embarazo múltiple en el segundo trimestre.
 - Tiroidopatías no controladas.
 - Hipertensión arterial crónica de difícil manejo.
 - Hemoglobina menor de 10 mg/dl, refractaria a tratamiento.

- Trastornos neurológicos (epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalía de columna entre otros).
 - Trombosis venosa profunda (actual o previa).
 - Cardiopatía (congénita o adquirida).
 - Consumo de sustancias psicoactivas (drogas/ alcoholismo).
 - Enfermedad Renal.
 - Hepatopatías.
 - Malformaciones vasculares.
- d) Toda emergencia obstétrica deberá ser enviada a la Unidad de Emergencia correspondiente según portafolio de servicio.
- e) Las embarazadas que requieran manejo por otras especialidades deberán ser referidas para su manejo conjunto.
- f) Toda embarazada referida se enviará al centro de atención con el CMP y Hoja de referencia, retorno e interconsulta debidamente llenas, ultrasonidos, especificando si es referida para evaluación urgente, **emergencia o cita normal**.

Importante:

- En caso de referir una embarazada en franco trabajo de parto se hará acompañar por medico.
- En caso de referir una embarazada que presente alguna complicación obstétrica, la usuaria se hará acompañar por personal de salud según criterio médico.
- Toda embarazada que asista a cualquier centro de atención por una emergencia, urgencia, y/u otro motivo y no esté inscrita o no lleve control prenatal, será atendida según motivo de consulta y debe ser referida al centro que le corresponda o al nivel local para la inscripción prenatal.

Exámenes de laboratorio y gabinete básicos

A toda embarazada durante la inscripción, independientemente de la edad gestacional, se le indicarán los siguientes exámenes:

1. **Hemograma:** Permite diagnosticar anemia ($Hb < 11$ gr/dl). En caso de $Hb \leq 10$ gr/dl referir a segundo nivel y a tercer nivel ≤ 7 gr/dl.
2. **Tiempo sanguíneo y factor RH.** Verificar su existencia en expediente clínico por embarazos previos.
3. **Tamizaje para diabetes:**
Toda usuaria debe de tener tamizaje para búsqueda de diabetes pregestacional desde el primer control a través de glicemia en ayunas.

Antes de la semana 20 de embarazo se hace diagnóstico de diabetes pregestacional con uno de los siguientes valores:

- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, confirmado en dos ocasiones.
- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl en la segunda hora de una Curva de Tolerancia a la Glucosa Oral (CTGO) de dos horas.
- Glicemia al azar mayor o igual a 200 mg/dl en paciente con síntomas de hiperglicemia.

Se debe indicar curva de dos horas con carga de 75 gr, a toda paciente con IMC mayor de 25 que presente uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Antecedente de diabetes gestacional en embarazo previo.
- Familiar con diabetes en primer grado.
- Recién nacido previo mayor de 4000 gr.
- Historia personal de enfermedad cardiovascular.
- Síndrome de ovarios poliquísticos.
- Hipertensión arterial.
- Dislipidemia.
- Otras condiciones asociadas a la resistencia de insulina (obesidad severa y acantosis nigricans).
- Edad materna mayor de 40 años.

La Curva de tolerancia de dos horas se considera positiva si presenta un valor mayor a 200 mg/dl en la segunda hora.

4. **Prueba rápida para detección del VIH:** Llene consentimiento informado. Si la prueba es reactiva el laboratorio debe confirmar el resultado para hacer diagnóstico de acuerdo con el algoritmo diagnóstico nacional vigente y enviar resultado al centro de atención que género la solicitud. Posteriormente referir a la paciente a Hospital Materno Infantil 1° Mayo (para ser evaluada por perinatología), según ruta ya establecida.

Toda usuaria que asista a cualquier centro de atención para atención de parto y que no tenga el reporte de la Prueba rápida para detección del VIH, deberá indicársele previo consentimiento y consejería.

5. **Reagina Plasmática Rápida (RPR)** es una prueba más sensible para detección de sífilis. El RPR con dilución $\geq 1:4$ debe considerarse positivo.
6. **Examen general de orina o tira reactiva:** Si el resultado reporta nitritos (+), esterasa leucocitaria (+) o leucocitos arriba de 12 por campo, se debe tratar como Infección de Vías Urinarias (IVU) y control 2 semanas post-tratamiento con urocultivo.
7. **Citología cervicovaginal:** Si no está vigente o nunca se le ha tomado, debe ser tomada en la primera consulta o en cualquier control hasta la semana 24 de embarazo). Si se reporta **lesión escamosa intraepitelial** de bajo grado (LEI-BG) o de alto grado (LEI-AG), referir a evaluación colposcópica.
8. **Ultrasonografía (USG):** se indicará a toda embarazada:
 - a) Al momento de la inscripción, idealmente entre las 11 y 13 semanas, para fechar el embarazo y tamizaje de anomalías riesgo obstétrico.
 - b) Realizar la segunda USG entre las 16 y 24 semanas de gestación, para medición de longitud cervical y morfología fetal.
 - c) Realizar la tercera USG entre las 32 y 36 semanas de gestación, para medición de líquido amniótico y bienestar fetal.
 - d) Cuando a criterio médico se considere conveniente.

Consideración especial:

9. **Detección de toxoplasmosis.** Solo se indicará como parte del estudio de TORCHZ, cuando este se sospeche por hallazgos ultrasonográficos.

Entre la semana 24 y 28 es de obligatoriedad realizar el segundo perfil con los siguientes exámenes:

1. Hemograma.
2. Prueba rápida para detección del VIH (Segunda prueba).
3. RPR.
4. Urocultivo (en caso excepcional de no contar con este examen, realizar examen general de orina).
5. Tamizaje para diabetes:

Entre 24 y 28 semanas, se debe realizar tamizaje para diabetes gestacional (DG) a todas las pacientes, con la siguiente técnica:

◆ **Técnica de dos pasos:**

- i. Test de O'Sullivan, si este es mayor o igual a 140 mg/dl, indicar CTGO de tres horas. En mujeres con factores de riesgo considerar O'Sullivan positivo con valor de 130 mg/dl.
- ii. CTGO de tres horas (100 gr de carga), se hace diagnóstico de Diabetes Gestacional con dos de los siguientes valores:
 - Ayunas \geq a 95 mg/dl
 - Una hora \geq a 180 mg/dl
 - Dos horas \geq a 155 mg/dl
 - Tres horas \geq a 140 mg

No olvidar: que es entre las 24 y 28 semanas que se debe tomar el examen, por lo tanto, debe ser indicado antes de esta edad gestacional en el control prenatal anterior.

6. Otros exámenes complementarios serán indicados por el ginecólogo/a u otro especialista, según la condición de salud de la embarazada o de las comorbilidades que se presenten durante el embarazo actual.

Intervenciones específicas para reducir el riesgo perinatal en parto prematuro, ruptura de membrana y sepsis neonatal

Detección oportuna de infecciones:

a. *Streptococcus B agalactie:*

Realizar la toma del examen para estreptococos (SGB) vagina y recto entre las semanas 33 - 36 de gestación a toda embarazada. Si es (+) a SGB: consígnelo en la HCP y en el CMP para el tratamiento profiláctico intraparto.

b. **Vaginosis bacteriana:**

Se debe realizar un examen vaginal para búsqueda de vaginosis bacteriana.

c. **Urocultivo:** dar tratamiento específico si es estreptococo SGB.

No olvidar:

- El estreptococo del grupo B se asocia a sepsis neonatal.
- La vaginosis bacteriana se ha relacionado a la ruptura prematura de membranas.

- Las infecciones de vías urinarias representan riesgo de ruptura de membranas, bajo peso al nacer y parto pretérmino.

Detección de Factores de riesgo de preeclampsia

El personal de salud que atienda a pacientes embarazadas deberá evaluar en todos los controles prenatales o consultas por morbilidad los siguientes factores de riesgo de preeclampsia:

- a. Nuliparidad.
- b. Edad menor de 18 o mayor de 35 años.
- c. Periodo intergenésico menor de 12 meses o mayor de 72 meses.
- d. Antecedente familiar o personal de preeclampsia.
- e. Hipertensión arterial crónica.
- f. Diabetes.
- g. Síndrome antifosfolípido.
- h. Enfermedad renal crónica.
- i. Obesidad (IMC \geq 30).
- j. Técnicas de reproducción asistida
- k. Enfermedades autoinmunes.
- l. Embarazo múltiple.

Prevención de preeclampsia:

A toda mujer que se le han identificado factores de riesgo de preeclampsia se les prescribirá:

- a. Ácido acetilsalicílico 100 mg cada día vía oral, desde la semana 12 a la 36 de la gestación y
- b. Carbonato de Calcio 600 mg dos tabletas cada día vía oral, desde las 16 semanas hasta el término.

Intervención para la prevención de la prematuridad:

EL médico ginecólogo prescribirá a pacientes con antecedente de parto prematuro previo (incluye por embarazo múltiple) progesterona micronizada 100 -200 mg VO o vaginal cada día desde la semana 12 – 16 hasta la semana 36.

El médico ginecólogo prescribirá a pacientes con cuello cervical corto, (< 2.5 cm medido por USG vaginal) progesterona micronizada 100 a 200 mg VO cada día desde el momento del diagnóstico hasta la semana 36.

Inmunizaciones

1. Vacunación antitetánica (Td): Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano deberá recibir dos dosis de Td durante el embarazo: cumplir 1ª dosis de Td a partir de las 16 semanas de gestación, programar la 2ª dosis con dTpa, idealmente entre la semana 27 y 32.
 - En caso excepcional se puede administrar hasta la semana 36. Si no se cuenta con dTpa, se debe administrar Td 1 mes posterior a la aplicación de la primera dosis. Se continuará el esquema 1 año después, según el caso.
 - Si ya inició esquema, cumpla una dosis dTpa o Td, según disponibilidad durante el embarazo actual.

2. **Vacunación anti-influenza estacional:** cumplir a cualquier edad gestacional según las estrategias de campaña o programa regular.

Paciente RH negativa

A toda mujer embarazada con factor sanguíneo Rh negativo considerar:

1. Mujer Rh (-) Du (+) considérela Rh (+).
2. Mujer Rh (-) Du (-) considérela Rh (-) e indique Coombs indirecto para determinar sensibilización Rh al momento de reportar el Tipo y Rh, y repetir coombs indirecto entre las semanas 24 y 28.
3. Indicaciones para Inmunización anti- Rh:
 - a. Toda Mujer Rh (-) con Coombs indirecto (-) y embarazo de 28 a 32 semanas.
 - b. Sangramiento durante embarazo por:
 - i. Amenaza de aborto.
 - ii. Aborto.
 - iii. Embarazo molar.
 - iv. Embarazo ectópico.
 - v. Placenta previa sangrante.
 - vi. Maniobras invasivas (amniocentesis, versión cefálica externa).
 - c. Postparto de Mujer Rh (-) con Coombs Indirecto (-) con Recién nacido Rh (+) con Coombs directo (-). La mujer deberá vacunarse, aunque se esterilice y debe cumplirse dentro de las primeras 72 horas post- evento obstétrico.
4. Dosis de Inmunoglobulina anti-D (Rho) Humana 1500 UI (300 µg) IM dosis única.
5. Si Coombs indirecto es positivo investigar título de anticuerpos Rh (aglutininas) y no colocar inmunoglobulina anti D.
6. Si título de anticuerpos Rh está ausente o menor de 1:16, repetir cada 4 semanas, después de la semana 24 de gestación.
7. Si el título de anticuerpos está presente o mayores de 1:16 es igual a isoimmunización y se debe de referir a medicina materno fetal.

Prescripción de micronutrientes

Se deberá utilizar Ácido Fólico según lo establecido en los Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS (Anexo 3).

Se deberán utilizar Multivitaminas prenatales según lo establecido en los Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS (Anexo 3).

Sulfato Ferroso 300 mg, 1 tableta vía oral cada día, a partir de las 20 semanas si no hay deficiencia de hierro.

Consulta Prenatal subsecuente

1. En toda consulta prenatal subsecuente se registrarán los datos correspondientes en la HCP y el CMP.

2. En toda consulta prenatal se reevaluará el nivel de riesgo con la **Hoja filtro prenatal** (Anexo 4).
3. Se deberá anotar el peso y la altura uterina en las curvas respectivas de la HCP y el CMP y calcular la ganancia de peso materno, registrándolos en cada ocasión.
4. Se brindará educación de acuerdo con la edad gestacional, evolución del embarazo y orientación sobre preparación de pezones para la lactancia materna.
5. Se deberá orientar a la paciente que, al momento de asistir al hospital para la atención del parto, deberá presentar el CMP y fotocopia del DUI de ella y del padre del futuro recién nacido. Además, deberá llevar listos nombres de niña y niño para registrarlo en el plantar respectivo. Orientar sobre métodos de planificación familiar y si la paciente desea la esterilización quirúrgica realizar el trámite respectivo.

Uso y manejo de la tarjeta de atención materna

1. Cada centro de atención donde se brinde atención prenatal debe contar con un tarjetero para el manejo y archivo temporal de las tarjetas de atención materna.
2. El personal de enfermería o tecnólogo materno infantil del programa, serán los responsables de llevar al día el tarjetero activo de cada paciente embarazada atendida en la consulta.
3. El personal de enfermería o tecnólogo materno infantil asignada al programa elaborará la tarjeta de atención materna a toda mujer embarazada del centro de atención posterior a la consulta de inscripción y deberá actualizarla en cada control subsecuente.
4. Los datos registrados en las tarjetas de atención materna tendrán la finalidad de facilitar la obtención de datos de la embarazada y puérpera, conocer dicha población, el detalle de las usuarias activas, faltistas y cesadas en los controles prenatales, ayuda a la vigilancia de la vacunación a la embarazada, monitoreo de las referencias a atenciones de salud odontológica, nutricionales, de salud mental, citología, entre otros, especificación respecto al riesgo, antecedentes obstétricos y detalle de los exámenes de laboratorio.
5. El personal de enfermería o tecnólogo materno infantil del programa, posterior a la consulta del control puerperal tardío, colocará la tarjeta de atención materna dentro del expediente clínico de la paciente.
6. El personal de archivo clínico anexará la tarjeta de atención materna al final del expediente clínico.

Manejo de las tarjetas

7. El tarjetero de control prenatal al inicio del año no partirá de cero tarjetas.
8. Constará de los 12 meses calendario: de enero a diciembre con indicadores por mes.
9. En cada mes se ubicarán las tarjetas en tres apartados:
 - **Tarjetas activas**
Se colocarán las tarjetas activas por número correlativo de afiliación en la fecha de próxima consulta.
 - **Tarjetas faltistas**
Contendrá las tarjetas de las pacientes embarazadas faltistas a sus controles en el mes y se realizarán las gestiones descritas en el numeral 24 del presente apartado.

▪ **Tarjetas referidas**

Contendrá las tarjetas de las pacientes embarazadas que han sido referidas para continuar sus controles en otro centro de atención.

Movimiento de tarjetas

10. Si la paciente embarazada retorna al centro de atención la tarjeta vuelve a colocarse en el tarjetero activo.
11. El día que la embarazada o puérpera asistió a su control se deberá actualizar los datos descritos en ella y ubicar la tarjeta en el espacio correspondiente a la fecha de su próximo control.
12. Si era faltista del control anterior y que no fue ubicada deberá anotarse en la tarjeta la causa del ausentismo.
13. Depuración de tarjetas. Cada mes se identificarán las tarjetas de atención materna de las pacientes que no asistieron al control puerperal tardío y aquellas que tengan más de 60 días de la fecha probable de parto se entregarán a través de un boletín al archivo clínico para que sea anexada al final del expediente clínico de la paciente.

Llenado de la tarjeta

Anverso de la tarjeta de atención materna.

14. En los espacios correspondientes a datos generales, anotar la dirección, lugar de trabajo, teléfono y número de afiliación. Actualizar estos datos en cada consulta.
15. En el espacio correspondiente al centro de atención se deberá colocar el sello de dicho centro.
16. Los datos correspondientes a FUR, FPP, paridad y fecha de inscripción a control prenatal deberán anotarse con tinta azul o negra.
17. La fecha del próximo control deberá anotarse con lápiz y si se realiza la consulta programada deberá anotarse en la tarjeta con tinta azul o negra.
18. El día que la paciente asiste a la consulta por puerperio deberá anotarse la fecha en la tarjeta con tinta azul o negra.
19. La fecha, riesgo y consulta por complicaciones deberán anotarse con tinta azul o negra.

Reverso de la tarjeta de atención materna.

20. Al anotar el esquema de inmunizaciones deberá anotar con lápiz la fecha de la próxima dosis a aplicar, con tinta azul o negra las vacunas aplicadas en el centro de atención y con rojo si fueron aplicadas en otro establecimiento.
21. Los exámenes deberán anotarse con tinta azul o negra.
22. Los datos correspondientes a referencia a odontología, nutrición, salud mental, fecha de toma de PAP, antecedentes obstétricos previos, observaciones, atendida por, resultados, cesada fecha y causa, deberán anotarse con tinta azul o negra.

Seguimiento de la embarazada o puérpera faltista a control

23. El personal de enfermería o tecnólogo materno infantil del programa, al final de la jornada revisará y actualizará el tarjetero detectando las pacientes de riesgo y faltistas a control prenatal y puerperal.
24. El personal de enfermería o tecnólogo materno infantil del programa, trabajo social o designado en el centro de atención realizará llamada telefónica a las pacientes de riesgo o faltistas a control prenatal o de puerperio, debiendo consignar en el expediente clínico las razones de la ausencia ha dicho control y la convocatoria para que asista al control. Así mismo informará a medico encargado del programa sobre las faltistas a control y las registrará en libro.

III. Atención del parto

En todo centro de atención en cuyo portafolio figure la atención de parto deberá actuarse según la estrategia del **parto humanizado o respetado**, que tiene como objetivo generar prácticas respetuosas, libres de violencia, e involucra una serie de medidas dirigidas a brindar las mejores condiciones para la mujer y su hijo durante el trabajo de parto.

Las principales acciones son:

1. Se procederá a completar el partograma a toda mujer en la que se evidencie dilatación del cuello uterino a partir de 5 cm, en el expediente clínico y en el mismo partograma.
2. No se aplicará enema evacuante.
3. La episiotomía se realizará de forma selectiva.
4. No se usará tricotomía de vello del periné.
5. La maduración cervical, inducción, conducción del trabajo de parto y la ruptura artificial de las membranas se realizarán bajo indicaciones obstétricas precisas. Su práctica debe tener justificación escrita registrada en el expediente clínico y se debe complementar el consentimiento informado si es de manera programada.
6. Se administrará líquidos por boca y podrán ingerir alimentos solo las mujeres en trabajo de parto catalogadas con bajo riesgo, además de alentarlas a la deambulación.
7. No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia, durante el trabajo de parto.
8. Brindar apoyo e información a las pacientes por parte del personal de salud sobre proceso de parto, en el momento que lo soliciten.
9. Brindar confort y privacidad a la paciente durante el trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones propias de cada centro hospitalario.
10. Inmediatamente después del parto, se aplicará el apego precoz.

IV. Atención puerperio

Abordaje básico para la atención del puerperio

1. El personal de enfermería deberá completar la hoja de control del cuarto período según lo descrito en la "Norma de Atención del Parto y Recién Nacido".
2. Toda mujer recibirá en su **puerperio inmediato** un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas por médico: **una dentro de las primeras dos horas posteriores al parto y la otra previa al alta.**
3. A toda mujer en su puerperio inmediato se le deberá promover el apego precoz, alojamiento conjunto, según su condición y la de su recién nacido, y el fomento de la lactancia materna exclusiva.
4. Mantener la vigilancia de signos de alarma posparto específicamente en la herida operatoria o de la episiotomía para detectar posibles complicaciones.
5. Toda mujer que en su puerperio presente morbilidad deberá ser atendida por personal médico y de enfermería, utilizando los protocolos de atención respectivos.

Previo al alta

6. El médico tratante, deberá realizar examen físico completo a la mujer puérpera, siendo minucioso en mamas y periné.
7. El médico tratante, deberá revisar el resultado del tipo Rh materno y del recién nacido para detectar las mujeres Rh negativo y tratarlas oportunamente con Gammaglobulina anti-D.
8. El médico tratante, deberá prescribir los micronutrientes necesarios: suplemento de sulfato ferroso (300 mg vía oral cada día) y ácido fólico (5 mg vía oral cada día) (Anexo 3). y referir a control puerperal al centro de atención según red, o más cercano a su domicilio. En caso de morbilidad se acompañará de la hoja de retorno.
9. El personal de salud brindará a la mujer puérpera, orientación e información acerca de los métodos de planificación familiar disponibles, según portafolio de servicios y disponibilidad en la Red y la inscribirá en el método que sea adecuado para la paciente, de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la OMS.
10. Si la paciente solicita método de planificación familiar con Dispositivo Intrauterino (DIU) posparto o implante subdérmico, podrá ser inscrita en la maternidad en donde fue atendido el parto y retornada al centro de atención según Red o conveniencia geográfica.
11. El personal de salud deberá promover métodos de planificación familiar de larga duración, con la finalidad de tener periodos intergenésicos de veinticuatro meses como mínimo.
12. El personal de salud, en la referencia o retorno debe describir el método de planificación iniciado, para facilitar la continuidad en el centro de atención periférico.
13. El personal de salud deberá brindar información y orientación acerca del proceso de afiliación del recién nacido con nombre completo, según lo establece la ley LEPINA. La cartilla infantil deberá tener consignado el Código Único de Nacimiento (CUN).

14. El personal de salud deberá verificar que la HCP y el CMP estén completamente llenos, indicándole a la paciente que lo debe presentar en los controles subsecuentes, y documentar el método de planificación indicado y administrado.
15. El personal de salud deberá entregar CMP completamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato y condiciones del recién nacido.
16. El personal de salud deberá buscar signos y síntomas de depresión posparto y en caso de ser necesario interconsultar a salud mental.

Controles subsecuentes

El personal médico brindará el **control puerperal temprano y tardío**.

El **control puerperal temprano**, deberá realizarse entre 7 y 10 días posterior al parto y el **control puerperal tardío**, entre 30 y 60 días. Ambas atenciones deberán brindarse en la consulta externa de los centros de atención, utilizando para dichos controles la **Hoja de Control Puerperal (Anexo 8)**.

El personal médico que brinde la consulta de control puerperal deberá realizar las siguientes actividades:

1. Revisar que el CMP contenga la información siguiente: lugar de atención del parto, vía del parto, edad gestacional del recién nacido, complicaciones, resultado de exámenes y tratamientos recibidos, entre otros.
2. Interrogar a la paciente si ha presentado la siguiente sintomatología:
 - a. Dolor abdominal
 - b. Fiebre
 - c. Problemas para el amamantamiento
 - d. Sangrado vaginal abundante o fétido
 - e. Dificultad para orinar o defecar
 - f. Síntomas de depresión
 - g. Otros
3. Realizar el examen físico, detallando lo siguiente:
 - a. Toma de signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, y verificar datos del peso, talla y temperatura.
 - b. Verificar si hay palidez en conjuntivas y palmas.
 - c. Evaluar el estado de las mamas y pezones.
 - d. Palpar el útero y evaluar su involución.
 - e. Revisar la vulva y el periné, las características de los loquios, presencia de edema o secreciones anormales.
 - f. Revisar el estado de la herida abdominal (cesárea) o episiotomía (parto vaginal).
 - g. Otros
4. Dar consejería relacionada al autocuidado de la salud de la paciente puérpera y del recién nacido.
5. Prescribir micronutrientes: sulfato ferroso 300 mg si no fue indicado en el alta del puerperio, y ácido fólico según Lineamientos para la Adecuada Prescripción de Ácido fólico (Anexo 3).

6. Deberá buscar signos y síntomas de depresión posparto y en caso de ser necesario referir a salud mental.
7. En el control puerperal tardío deberá verificar si la usuaria presentó factor(es) de riesgo que determinó Alto Riesgo Reproductivo asociado enfermedad crónicas no transmisible u otra patología diagnosticada previo o durante el embarazo, de ser así, se le indicará un perfil de exámenes de acuerdo a cada diagnóstico y deberá ser referida a la consulta con médico especialista y/o sub especialista según pertinencia y estratificación de riesgo, establecido en la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS.
8. Deberá tomar la citología a partir de los 4 meses postparto, si no está vigente.
9. Deberá brindar consejería sobre los Métodos de Planificación Familiar, según portafolio de servicios, reforzando la importancia del espaciamiento de embarazos (idealmente 24 meses o más). Si la paciente solicita la inscripción durante la consulta puerperal, se deberá utilizar la papelería de Planificación Familiar basado en los criterios de elegibilidad de la OMS y anotar en el censo de consulta diaria ambos diagnósticos.

V. Planificación Familiar

Normas generales

1. Se deberá inscribir en planificación familiar a todo derechohabiente que solicite este servicio en la institución, con o sin uso previo de anticonceptivos en cualquier otra institución.
2. Se deberá proporcionar la orientación sobre los diferentes métodos de Planificación Familiar a través una consejería balanceada y actualizada, basado en los criterios de elegibilidad de la OMS reforzando la importancia del espaciamiento de embarazos (idealmente 24 meses o más).
3. A toda paciente que asista a consulta de inscripción o subsecuente deberá realizársele una entrevista pre y post-consulta, informándole acerca de los métodos de planificación familiar disponibles según portafolio de servicios y disponibilidad en la Red.
4. Todo usuario que solicite inscripción en cualquier método de Planificación Familiar será visto por médico general, de familia o ginecólogo.
5. Las inscripciones en planificación familiar durante el control puerperal se deberán realizar en el control post natal tardío (entre 30 a 60 días post parto).
6. A toda usuaria de cualquiera de los métodos temporales de Planificación Familiar, que exprese su deseo de embarazarse se le deberá indicar ácido fólico (según recomendaciones de OMS) y brindarle la asesoría preconcepcional. Además, a pacientes que consultan por cualquier causa ginecológica y que se encuentran en edad reproductiva (15 a 49 años) también se le deberá indicar ácido fólico.

Normas específicas por cada método

1. El médico antes de indicar un método de planificación familiar debe aplicar la **Lista de verificación de embarazo** (Anexo 9) para estar razonablemente seguro de que la derechohabiente no se encuentra embarazada.
2. El primer control subsecuente y los siguientes controles se brindarán de acuerdo a cada método según se describe en el cuadro siguiente:

Tabla 2. Plan de cuidado según el método de planificación familiar

Método	Primer subsecuente	Subsecuentes
▪ Anticonceptivos combinados orales (ACO)	4 a 6 semanas	Semestral
▪ Inyectable mensual	4 a 6 semanas	Semestral
▪ Inyectable trimestral	3 meses	Añual
▪ Dispositivo Intrauterino (DIU)	6 semanas	Añual
▪ Implante	6 semanas	Añual
▪ Esterilización femenina de intervalo por videolaparoscopia	1 semana	No aplica
▪ Esterilización femenina de intervalo por MINILAP	1 semana	6 semanas
▪ Vasectomía	1 semana	3 meses
▪ Anticoncepción de Emergencia	Referir a consulta de planificación familiar	No aplica

Fuente: Basado en Planificación Familiar, Un Manual Mundial Para Proveedores, OMS 2007. Retomado de la Norma de Atención Integral a la Mujer 2013 y actualizada en enero 2021.

- En caso de continuación de un método hormonal, se puede retrasar o adelantar el día establecido para la siguiente dosis sin necesitar método de barrera suplementario, según lo descrito en la siguiente tabla:

Tabla 3. Días de margen de seguridad para cumplimiento de método de planificación familiar

Método	Días
▪ Anticonceptivos combinados orales (ACO)	2 días antes o después
▪ Inyectable mensual	7 días antes o después
▪ Inyectable trimestral	2 semanas antes o después

Fuente: Tomado de la Norma de Atención Integral a la Mujer 2013 y actualizada en enero 2021.

Esta información aplica para la programación de los diferentes métodos en periodo de vacaciones.

- En el caso de la esterilización femenina de intervalo, el primer control subsecuente, será una semana después de realizada la intervención y se hará en el Centro de Atención de referencia, debiendo actualizar o elaborar tarjeta activa.
- Las referencias para esterilización femenina de intervalo por video laparoscopia deberán contemplar la toma de exámenes de acuerdo con lo establecido en la Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesiología del ISSS vigente.
- En caso de patologías asociadas, deberán indicársele las evaluaciones respectivas, de acuerdo con lo establecido en la Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesiología del ISSS vigente.

7. En la paciente esterilizada postparto podrá realizarse el control el mismo día del control puerperal temprano, debiendo llenar la hoja de control subsecuente de planificación familiar.
8. Los medicamentos utilizados en planificación familiar permanecerán en farmacia y serán entregados según necesidad de cada Centro de Atención, al recurso de enfermería encargado del programa.
9. Para derechohabientes que soliciten vasectomía solo será necesario la referencia a los centros asignados por el ISSS.
10. El responsable o encargado de farmacia deberá informar cada mes las cantidades de producto anticonceptivo existente al recurso de enfermería y Coordinador del programa.
11. Las inscripciones de Planificación Familiar se realizarán en la **Hoja de inscripción de planificación familiar (Anexo 10)** y los controles subsecuentes en la **Hoja de consulta subsecuente de planificación familiar (Anexo 11)**.
12. En caso de **Falla de Método** es responsabilidad del médico tratante llenar la **Hoja de reporte de falla de método de planificación familiar (Anexo 12)**. También debe llenar el **Reporte de Productos con Defectos de Calidad (Anexo 13)** o el **Reporte de Sospecha de Falla Terapéutica (Anexo 14)**. Según aplique en cada caso. Estos reportes deberán ser revisados y autorizados por el Coordinador o encargado del Subprograma, quien deberá enviarlos a la Coordinación Institucional de Ginecología y Obstetricia y a la Sección de Atención Primaria en Salud al final de cada mes.
13. El personal de enfermería encargada del área deberá llenar los registros diarios diseñados para tal fin, lo mismo que los informes mensuales.
14. El personal de enfermería encargado del componente de Planificación Familiar realizará el conteo de usuarias activas, a través del tarjetero de Planificación Familiar, cada seis meses.
15. Para calcular los usuarios activos que utilizan condones se deberá contabilizar el número de condones entregados y dividirlo entre 20. Dicho cálculo deberá realizarse cada 6 meses.
16. Las usuarias de Dispositivo Intrauterino se pasarán a inactivas hasta que se reporte el retiro de este o tenga 12 años de usuaria activa.
17. Las usuarias de Implantes se pasarán a inactivas hasta que se reporte el retiro de este o tenga tres a cinco años según tipo de implante.
18. Las esterilizaciones femeninas se mantendrán como usuarias activas hasta los 50 años y las vasectomías se mantendrán activas hasta los 70 años.
19. En usuarias con histerectomía sin esterilización previa se registrará como usuaria activa hasta los 50 años.

Uso y manejo de la tarjeta del usuario de planificación familiar

1. A toda mujer que se esterilice, o se le realice histerectomía (sin esterilización previa), se le elaborará tarjeta activa o se reactivará tarjeta inactiva al momento que se presente a su control en la consulta de Puerperio para las esterilizaciones postparto; en Laparoscopias en el control postoperatorio a los 8 días, y a los 40 días a las histerectomías, en el centro de atención en donde se realizó el procedimiento quirúrgico o según portafolio de servicios y capacidad instalada de la Red.

2. A todo hombre que se le practique vasectomía, se le elaborará tarjeta activa al momento de su procedimiento o al momento que se presente en su control postoperatorio a los 8 días.
3. Al elaborar estas tarjetas debe anotarse, en el rubro de observaciones, la fecha de nacimiento y edad, como referencia para descartarlas al culminar su fertilidad a los 50 años en caso de las mujeres y a los 70 en el caso de los hombres.
4. Las entregas de condones en un mes deberán estandarizarse a 20 unidades por persona.
5. Los usuarios con tarjetas con 2 años de permanecer inactivas deberán descartarse, exceptuando las tarjetas de las usuarias con métodos: DIU e implante, que se descartarán según la duración del método.
6. A las derechohabientes que se les indique métodos de planificación inyectables, se les deberá aplicar en el centro de atención.

Manejo de tarjeteros

7. Se llevarán dos tarjeteros clasificados en: tarjetero activo e inactivo.

▪ Tarjetero activo

8. Al inicio del año ya no partirá de cero tarjetas; constará de los 12 meses calendario: de enero a diciembre y, de acuerdo con cada realidad local, se podrá elaborar con indicadores de día calendario y por meses. Colocando la tarjeta activa por número correlativo en la fecha de próxima consulta (no importando el método utilizado).
9. Al final de este tarjetero se ubicarán las tarjetas de usuarias esterilizadas y usuarios vasectomizados con su respectivo indicador.

▪ Tarjetero inactivo

10. Contendrá las tarjetas en orden correlativo por número de afiliación de las usuarias que se encuentren inactivas, tanto de las visitas de entrega o de consultas médicas programadas. Las tarjetas de planificación familiar contenidas en este tarjetero permanecerán un máximo de 2 años. Posterior a este período deben entregarse a través de un boletín al archivo clínico para que sea anexada al final del expediente clínico de la paciente.

Movimiento de tarjetas

▪ Tarjetero activo

11. En el tarjetero activo, se colocarán las tarjetas de los usuarios de los diferentes métodos de planificación familiar que proporciona el ISSS de acuerdo con su consulta, independiente del método utilizado.
12. Se ordenarán las tarjetas de planificación familiar de acuerdo con la consulta programada.
13. Se elaborarán reportes el 30 de junio y 31 de diciembre de cada año en el que se identificarán:
 - a. La cantidad de usuarios activos de métodos de planificación familiar del centro de atención.
 - b. Las tarjetas de usuarias esterilizadas, que se encuentren en el rango de edad de 15 a 49 años.
 - c. Las tarjetas de los usuarios vasectomizados hasta los mayores 70 años.

Dichos reportes deberán entregarse al Coordinador del Programa y serán resguardados por un período de tres años.

14. En las fechas 30 de junio y 31 de diciembre de cada año se identificarán las tarjetas de usuarias esterilizadas, que se encuentren en el rango de edad de 15 a 49 años.

- **Tarjetero inactivo**

15. Al final de cada mes se trasladarán al tarjetero inactivo las tarjetas de usuarias que ya cumplieron los 6 meses de inactividad o un año según cada método, haciendo previamente un recuento de usuarias inactivas por método anticonceptivo, lo cual será la fuente de datos para el cálculo de la tasa de abandono.

16. Mensualmente la encargada del Subprograma establecerá coordinación con algún miembro del equipo multidisciplinario como: Enfermería, Trabajo Social, Educadores en Salud, Punto Seguro, Equipos Básicos en Salud (en Clínicas Comunales) o Clínicas Empresariales; para citar a usuarias inactivas y conocer las causas de abandono e incentivarlas a su continuidad.

- **Depuración de tarjetas**

17. En las fechas 30 de junio y 31 de diciembre de cada año se identificarán las tarjetas de usuarias esterilizadas mayores 50 años y usuarios vasectomizados mayores de 70 años para ser depuradas.

18. Las tarjetas depuradas serán entregadas a través de un boletín al archivo clínico para que ser anexadas al final del expediente clínico de cada paciente.

Uso de tarjeta activa de planificación familiar

19. En la tarjeta de planificación familiar deberá anotarse en la línea mes y año de la actividad y en el casillero correspondiente a la fecha escriba las siguientes letras de acuerdo con la finalidad de la visita al Centro de Atención.

Tabla 4. Letras a utilizar en la tarjeta de planificación familiar

C	(Solamente letra C, con lápiz). Cuando se trata de cita programada para consulta médica de acuerdo a los controles normados.
E	(Solamente letra E, con lápiz), Cuando se cita para reabastecimiento de anticonceptivos.
	(Letra C con una pleca trazada al centro con lapicero) si se realizó la consulta médica.
	(Letra E con una pleca trazada al centro) con lapicero, si la usuaria asiste al reabastecimiento de anticonceptivos.
	Una C y una E con una pleca trazada al centro con lapicero, cuando se realice consulta y entrega de producto.

Fuente: Tomado de la Norma de Atención Integral a la Mujer 2013.

20. Después de transcurrida la fecha, si la "C" permanece abierta (con lápiz), significa que la cita programada para el control médico semestral no fue cumplida por la usuaria; y si la "E" permanece abierta significa que la usuaria no se presentó a reabastecimiento de anticonceptivos o a conocer el resultado de la citología.

Consideraciones:

21. La entrega de preservativos para ultrasonografía, HIV/SIDA, zika y fines educativos, se reportarán en el informe mensual de entrega de métodos, en el apartado de ajustes.

Criterios de referencia de la pareja infértil

Las pacientes que consulten por infertilidad podrán ser vistas inicialmente en Clínica Empresarial o Clínicas Comunes de donde serán referidas a Unidades médicas según de la Red para completar evaluación.

En las Unidades Médicas realizarán la evaluación inicial por médico ginecólogo y si cumple los criterios de infertilidad podrán ser referidas a la consulta externa del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo.

Criterios de referencia para consulta de infertilidad

1. No embarazo después de un año de actividad sexual regular y desprotegida.
2. No uso de Métodos de Planificación familiar
 - a. Naturales.
 - b. Hormonales (como tratamiento o planificación familiar).
 - c. De barrera.
3. Mujeres menores de 38 años, con menos de tres hijos vivos y pareja estable (hombre) menor de 55 años
4. Pacientes con Patología de base y que desea embarazo deberá ser enviada inicialmente a consulta Preconcepcional en donde se valorará la referencia a Infertilidad
5. Indicar espermograma y anexar copia del resultado en la referencia a consulta de Infertilidad en Hospital Materno Infantil 1o de Mayo.

Criterios para recanalización tubárica

1. Recibir consulta Preconcepcional
2. Edad menor de 38 años
3. Pareja (hombre) con edad menor o igual a 55 años
4. Hasta dos hijos vivos
5. Traer estudio socioeconómico realizado por trabajo social de Unidad Médica u Hospital.

Casos especiales

1. Mujeres de 35 años con pareja estable, se deberán esperar solamente seis meses de vida sexual activa sin lograr embarazo para referirlas a infertilidad.
2. Mujeres entre 38 a 43 años sin factores de riesgo y sin paridad.

VI. Atención climaterio y menopausia

El climaterio puede acompañarse de síntomas molestos que impiden a la mujer disfrutar de su calidad de vida en forma plena y satisfactoria. Es de considerar que el impacto metabólico generado por la menopausia tiene serias repercusiones en el área neuroendocrina, cardiovascular y ósea lo que incrementa considerablemente el riesgo de morbimortalidad por enfermedades crónico-degenerativas a mediano y largo plazo.

El apareamiento de estas alteraciones está determinado por la interacción de factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Población blanco

El componente ofrece cuidados de salud a la población femenina entre las edades de 45 a 65 años, o menores de 45 años con sintomatología de climaterio o menopausia quirúrgica.

Si una mujer entre 45 y 49 años está usando métodos temporales permanecerá inscrita en el componente de Planificación Familiar

La evolución de los síntomas climatéricos es la siguiente:

Tabla 5. Síntomas climatéricos según plazo

Corto plazo	Alteraciones neurovegetativas <ul style="list-style-type: none">• Bochornos• Sudoración• Palpitaciones• Parestesias• Nauseas• Cefaleas• Artralgias y mialgias• Insomnio	Alteraciones psicológicas <ul style="list-style-type: none">• Labilidad emocional• Nerviosismo• Irritabilidad• Estado anímico depresivo• Disminución de libido
Mediano plazo	<ul style="list-style-type: none">• Sequedad vaginal• Dispareunia• Disuria• Polaquiuria• Incontinencia Urinaria	<ul style="list-style-type: none">• Resequedad de piel y mucosas• Caída del cabello
Largo plazo	Osteoporosis, Enfermedad Cardiovascular y Neurológicas	

Fuente: Tomado de la Norma de Atención Integral a la Mujer 2013 y actualizada en enero 2021.

Generalidades para la atención a la mujer en el climaterio

1. Se brindará la orientación e información acerca de las medidas preventivas, a fin de evitar complicaciones de salud a corto, mediano y largo plazo, asociadas al período peri-menopáusica.
2. Toda usuaria de 45 a 65 años o menores de 45 años con sintomatología de climaterio será inscrita en este componente por médico general, de familia o ginecólogo en todos los centros de atención del ISSS y se le indicarán los exámenes pertinentes.

3. Durante la primera consulta, el médico utilizará la **Hoja de inscripción en el climaterio (Anexo 15A Y 15B)**, considerando los siguientes aspectos:
 - α. Exámenes de laboratorio y gabinete: hemograma, examen general de orina, colesterol (HDL y LDL), triglicéridos, transaminasas, glicemia en ayunas, citología cérvico- vaginal, mamografía y ultrasonografía pélvica.
4. Considerando que las pruebas de laboratorio representan una herramienta en el manejo de la menopausia prematura (<40 años), los ginecólogos podrán indicar los siguientes exámenes: valores séricos de FSH, LH, estradiol, progesterona y prolactina.
5. Investigar otras patologías concomitantes que puedan simular síntomas de climaterio.
6. El médico general o familiar podrá referir a consulta de ginecología a toda paciente que según criterio médico necesite terapia de reemplazo hormonal.
7. La primera consulta subsecuente deberá llenarse la **Hoja subsecuente de climaterio (Anexo 16A y 16B)** deberá realizarse entre 6 a 8 semanas posteriores a la inscripción. Si todo es normal, los controles podrán brindarse cada año.
8. El médico tratante deberá referir a la usuaria al nutricionista en casos de obesidad, bajo peso o desnutrición; índice de masa corporal ≥ 30 o ≤ 19 para la orientación y seguimiento respectivo.
9. En los casos que amerite Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), los controles subsecuentes se realizarán cada 6 meses. En estas consultas se realizarán las evaluaciones de los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete que sean sugestiva de Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT), será referidas al especialista y/o subespecialista según sea requerido.
10. Pacientes con alteraciones mamográficas y lesiones preinvasivas según resultado de citología serán referidas al Ginecólogo para su respectivo abordaje.
11. El personal de salud deberá buscar signos y síntomas de problemas de salud mental y en caso de ser necesario referir a los centros de atención que cuenten con equipos de salud mental.

Terapia de reemplazo hormonal

Generalidades sobre el uso de terapia de reemplazo hormonal

1. La usuaria con sintomatología será evaluada por el médico ginecólogo para valorar la indicación de terapia de reemplazo hormonal, quien deberá tomar en cuenta la ventana de oportunidades para prevenir las complicaciones a largo plazo de la menopausia, la cual idealmente se encuentra entre los 45 y 55 años de edad.
2. En usuarias con menopausia quirúrgica se indicará Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) hasta que la sintomatología ceda.
3. La terapia seleccionada deberá ser continua, sin dejar períodos de descanso, dado que fisiológicamente la necesidad de estrógenos es permanente.
4. Individualizar la terapia para cada usuaria, dependiendo si tiene útero o no.

5. El tiempo de uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) también será determinado por el criterio médico. Se recomienda evaluar la suspensión después de un período de 5 años.

Indicaciones de terapia de reemplazo hormonal

Serán candidatas a terapia de reemplazo hormonal las pacientes que presenten las siguientes condiciones:

- a. Síndrome Vasomotor.
- b. Atrofia urogenital.
- c. Menopausia precoz o inducida.

Contraindicaciones del uso de terapia de reemplazo hormonal

El médico tratante al iniciar terapia de reemplazo hormonal deberá tomar en cuenta las siguientes contraindicaciones:

Absolutas:

- a. Por oposición de la usuaria.
- b. Embarazo (o sospecha de este).
- c. Mujeres asintomáticas.
- d. Enfermedad trombo embólica activa.
- e. Enfermedad coronaria.
- f. Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- g. Presencia o sospecha de cáncer de mama, endometrio y de tumores hormono dependientes.
- h. Hemorragia uterina no diagnosticada.
- i. Enfermedad hepática activa o crónica.
- j. Porfiria o melanomas.

Relativas:

- a. Presencia de miomas uterinos, hiperplasia endometrial, endometriosis y adenomiosis.
- b. Obesidad.
- c. Tabaquismo.
- d. Convulsiones o migraña.
- e. Enfermedad de la vesícula biliar.
- f. Hipertensión arterial no controlada.
- g. Diabetes mellitus no controlada.
- h. Otosclerosis.
- i. Antecedente familiar de cáncer de mama.

Tratamiento

Terapia oral o vaginal: según lineamientos de manejo de ginecología.

Si se presentan alguna reacción adversa de la terapia de remplazo hormonal, deberá hacerse una evaluación del caso para decidir la continuidad o suspensión del tratamiento y llenar la hoja de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento ("NORMA DE COMITÉS LOCALES DE FARMACOTERAPIA DEL ISSS", 2ª Edición, junio 2018, vigente).

Osteoporosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) operacionalmente define Osteoporosis como una Densidad mineral ósea (DMO) (T score) que está a - 2.5 desviaciones estándar por debajo del valor medio en adultos jóvenes tomado a nivel de columna lumbar o cadera.

Para evaluar osteoporosis se utilizará la **Hoja de evaluación de sospecha de osteoporosis (Anexo 17A Y 17B)** se tomará en cuenta la población femenina mayor de 50 años.

El manejo de estas patologías deberá de ser en base a los lineamientos expuestos en la Guía de Prevención y Tratamiento de Osteoporosis en el ISSS vigente.

Un programa de prevención de osteoporosis efectivo consiste en tres aspectos fundamentales:

1. Hay que asegurar que se alcance el nivel óptimo de masa ósea durante la niñez, adolescencia y adultez temprana:
 - a. Consumir una dieta con el contenido adecuado de calcio.
 - b. Mantener una nutrición adecuada en general, con un suficiente aporte de proteína, energía y vitamina D.
 - c. La práctica regular de ejercicio.
2. Para mantener la masa ósea se requiere de:
 - a. Dieta y ejercicio.
 - b. Eliminar factores tóxicos como el alcohol y el tabaco.
 - c. Evitar el consumo excesivo de café, proteínas de origen animal y sal.
 - d. Limitar uso de medicamentos que afecten la biodisponibilidad o aumenten la excreción de calcio.
3. Contrarrestar el proceso de pérdida de hueso relacionado con la edad, que ocurre de forma natural después de los 40 a 45 años y que en las mujeres se presenta de forma acelerada después de la menopausia. Para este fin, es necesario:
 - a. Mantener la masa ósea.
 - b. Terapia de remplazo hormonal cuando esté indicada.
 - c. Otras medidas farmacológicas.

Calcio

1. El médico tratante deberá administrar calcio a mujeres con riesgo incrementado de fractura:
 - a. Mujeres mayores de 65 años.
 - b. Mujeres menores de 65 años con antecedentes de osteopenia y/o deficiencia probada de calcio y vitamina D.

2. El Calcio y la Vitamina D han mostrado que aumentan la DMO en 2-10% y reducen la incidencia de fractura en 35-50%.
3. El beneficio del calcio en la DMO es más evidente en mujeres con 5 ó más años después de la menopausia.
4. Debe tomarse en cuenta el consumo de calcio de fuentes naturales, algunos lácteos comunes tienen aproximadamente 300 mg por porción: 1 taza de Leche, 6 onzas de yogurt, 1.5 onzas (2 rebanadas de queso), alimentos fortificados con calcio como jugo de naranja, cereales, y barras nutricionales; helado y requesón tiene aproximadamente 150 mg/taza.
5. Los suplementos de calcio pueden ser usados si el paciente es incapaz de consumir adecuadas cantidades de calcio a través de los alimentos.
6. Exceder la ingesta diaria recomendada de calcio no ofrece beneficios a la salud y puede ser perjudicial (riesgo de hipercalcemia e hipercalciuria, así como constipación, distensión abdominal y calambres).

Vitamina D

1. El médico tratante deberá detectar factores de riesgo para deficiencia de vitamina D, los cuales incluyen:
 - a. Edad avanzada.
 - b. Insuficiente exposición a luz solar.
 - c. Uso de medicamentos que alteran el metabolismo de vitamina D como los Anticonvulsivantes.
 - d. Síndrome de mala absorción.
2. El médico tratante debe considerar los factores que predisponen a una intoxicación con vitamina D: Alta ingesta de calcio, hipercalcemia, hipercalciuria idiopática, sarcoidosis, sobreproducción de metabolitos de la vitamina D, hipersensibilidad a la vitamina D.
3. La vitamina D es indispensable para la prevención y tratamiento de Osteoporosis porque maximiza la absorción intestinal de calcio. La vitamina D sola no reduce la incidencia de fractura, pero parece proveer un efecto aditivo al Calcio.
4. Si los requerimientos de vitamina D no pueden ser obtenidos a través de la exposición a la luz solar, vitamina D exógena puede ser obtenida de la leche, vegetales verdes, suplementos de vitamina D o multivitaminas.
5. Como valoración de la vitamina D a nivel local se tomará calciuria la cual indirectamente refleja un bajo nivel de vitamina D.
6. Suplemento farmacológico: Vitamina D 0.25 mcg Cápsula o Tableta, la dosis usual de mantenimiento es una capsula/día. El tratamiento debe iniciarse siempre con la dosis más baja posible (0.25 mcg) y no debe aumentarse sin un monitoreo cuidadoso de la calcemia.

Debe tenerse presente que altas dosis pueden causar hipercalcemia e hipercalciuria, con subsecuente daño a la función renal.

Evaluación del riesgo de fractura osteoporótica y herramienta FRAX

El médico ginecólogo utilizará la herramienta FRAX para evaluar el riesgo de fractura osteoporótica.

La **herramienta FRAX (Anexo 18A y 18B)** facilita la toma de decisiones para el tratamiento del paciente. Utiliza los factores de riesgo clínico y la densidad mineral ósea de cuello femoral (donde esté disponible), para calcular el riesgo de fractura a 10 años para: fractura de cadera y fractura osteoporótica mayor (columna vertebral, antebrazo, cadera u hombro).

La fuerza ósea está determinada por la Densidad y la calidad del hueso. La Densitometría ósea proporciona información sobre la Densidad Mineral Ósea (BMD) y es de valor para identificar el riesgo de fractura.

Aunque la Densidad Mineral Ósea y el T-Score son muy útiles, ha sido necesario considerar elementos adicionales que influyen fuertemente el riesgo del paciente y usar esta información para predecir el riesgo absoluto de fractura. Esto ayudará al clínico en la toma de decisiones e informar mejor al paciente sobre su riesgo de fractura.

Diagnóstico

1. Evaluar el riesgo de fractura a través de la herramienta FRAX en mujeres mayores de 50 años para establecer su riesgo individual; utilizarán las tablas FRAX de Fractura Osteoporótica Mayor, que consideran el Índice de Masa Corporal + los Factores de Riesgo (IMC/FR) (**Anexo 18A y 18B**)
2. Factores de Riesgo por identificar.
3. En pacientes que ya han sido diagnósticas y están en tratamiento por Osteoporosis se continuará el tratamiento establecido y no aplica el uso de herramienta FRAX.
4. Los pacientes que tengan resultados de: RIESGO INTERMEDIO (10% al 19% de riesgo de fractura a 10 años) O RIESGO ALTO (20% o más de riesgo) según el FRAX se les indicará la Densitometría Axial (DXA).
5. El trámite de la DXA indicado en el componente de climaterio deberá ser evaluado y autorizado por el Coordinador de Ginecología.

Tabla 6. Clasificación del riesgo de fractura a 10 años e indicación de terapia farmacológica, en el primer, segundo y tercer nivel de atención

Riesgo	Rango	Terapia Farmacológica	Recomendaciones
Alto	≥20%	Se recomienda	Terapia farmacológica específica*
Intermedio	10-19%	Individualizar manejo	DXA con Osteopenia o Normal: Cambios en el estilo de vida, calcio y Vitamina D. Control con DXA en 1 año.
Bajo	<10%	No recomendada	Individuos con bajo riesgo de fractura son apropiadamente manejados con cambios en el estilo de vida y estrategias de prevención. Deben ser reevaluados periódicamente (cada 2 años).

Fuente: Tomado de la Guía de prevención y tratamiento de osteoporosis en el ISSS, 2012.

*Terapia farmacológica específica: Bifosfonatos y/o Terapia reemplazo hormonal según evaluación individualizada.

Seguimiento según resultado de Densitometría Axial

1. Si el resultado es Normal u Osteopenia: continuar manejo por ginecólogo(a), médico general o médico familiar.
2. Si el resultado es Osteoporosis en:
 - a. Mujer menor de 65 años: referir a Ginecología
 - b. Mujer mayor de 65 referir a Medicina Interna
3. Medicina Interna o Ginecología deberá completar la evaluación en los pacientes con diagnóstico confirmado de Osteoporosis para descartar causas secundarias, para lo cual enviará los siguientes exámenes:
 - a. Hemograma
 - b. Calcio sérico
 - c. Fosfatasa alcalina
 - d. Albúmina sérica
 - e. Depuración de Creatinina y Calcio en orina de 24 horas
 - f. Examen General de Orina
4. Si los resultados son normales y no se tiene otro indicio de causa secundaria el Médico Internista o Ginecólogo iniciará tratamiento farmacológico.

Criterios de referencia a Endocrinología

1. Hipercalcemia, valor de Calcio sérico arriba del nivel normal de referencia.
2. Si existe hipercalciuria (Calciuria en orina de 24 horas arriba de 300 mg), o hipocalciuria independientemente del resultado de la depuración de creatinina.
3. Si se sospecha otras causas secundarias de Osteoporosis.

Tratamiento

El tratamiento se evaluará en base a los resultados de la herramienta FRAX y el resultado de la DXA.

Pacientes con antecedentes de fractura por fragilidad deberán recibir tratamiento específico independiente del resultado del DXA y FRAX.

Alendronato (bifosfonato)

1. Dosis: 70 mg Oral 1 vez a la semana en ayunas.
2. Educación al paciente: Para maximizar la absorción el paciente debe ser instruido en:
 - a. Tomar este medicamento por la mañana en ayunas al menos 30 minutos antes del primer alimento, bebida o medicamento del día.
 - b. Ingerir la tableta solamente con agua (6 – 8 onzas).

- c. No masticar la tableta, deglutirla entera con el estómago vacío.
- d. El paciente debe permanecer de pie al menos 30 minutos después de haber tomado el medicamento.

3. Contraindicaciones.

Absolutas:

- a. Hipersensibilidad al alendronato.
- b. Insuficiencia renal: con depuración de creatinina >35 ml/min
- c. Embarazo y lactancia

Relativas:

- a. Enfermedades Gastrointestinales: como duodenitis, disfagia, enfermedad esofágica sintomática, gastritis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia del hiato o úlceras (Alendronato puede exacerbar estas condiciones).
- b. Anormalidades del esófago y otros factores que retrasen el vaciamiento gástrico (estrechez o acalasia).
- c. Incapacidad para permanecer de pie o sentada durante 30 minutos.

4. Efectos adversos.

- a. Incidencia más frecuente: dolor abdominal
- b. Incidencia menos frecuente: Disfagia, epigastralgia, esofagitis, úlceras esofágicas, distensión abdominal, constipación, diarrea, flatulencia, dolor muscular, cefalea y náuseas.
- c. Incidencia rara: rash cutáneo
- d. De acuerdo con la severidad, las reacciones adversas de mayor gravedad son: disfagia, esofagitis, úlcera, erosión o perforación esofágica, úlcera gástrica/duodenal, reacciones alérgicas cutáneas, hipocalcemia, uveítis, escleritis, osteonecrosis de la mandíbula, dolor musculoesquelético severo.

5. Alertas.

- a. Osteonecrosis de mandíbula.
- b. Dolor óseo, articular y muscular severo.
- c. Enfermedad transitoria similar a Influenza.
- d. Mayor supresión del recambio óseo con terapia de bifosfonatos a largo plazo, resultando en un sistema óseo más frágil. Se han reportado casos individuales y series de casos de pacientes con fracturas subtrocantéricas de fémur en pacientes recibiendo bifosfonatos.
- e. Recientemente está en revisión la asociación de Bifosfonatos y Cáncer de esófago (Se recomienda precaución)

Seguimiento de pacientes en tratamiento por osteoporosis

1. La DXA se repetirá cada dos (2) años para decidir continuar o no con el tratamiento.
2. Si el resultado de DXA de control es normal, se le suspenderá el Alendronato y se indicará nuevamente la DXA en dos años.
3. Si el resultado de la DMO detectado en la DXA de control es igual o menor que el estudio inicial, referir a Endocrinología.
4. Posterior a 4 años de tratamiento con Alendronato se suspenderá su uso, independientemente del resultado de la DXA y se requerirá evaluación por Endocrinología para establecer manejo a seguir.
5. Indicar depuración de creatinina en 24 horas cada año. Si el valor es menor de 35 ml/min, se debe suspender el Alendronato (Ver contraindicaciones de Alendronato), independientemente del resultado de la densitometría y referir a endocrinología.

VII. Detección precoz cáncer ginecológico

Para el año 2018 a nivel mundial Globocan* (Global Cancer Statistics) reporta una incidencia de Cáncer de Mama de 46.5%; de cérvix de 13%; de cuerpo de útero 8.4%, de ovario 6.6%, de vulva 0.88 % y de vagina 0.37%. En el ISSS los tipos de cáncer ginecológico más frecuentes que se reportaron según el SES para el año 2019 fueron: 254 casos de cáncer de mama que representa el 59 %, 71 casos de cáncer de cuerpo de útero que representan 16.7 % y 69 casos de cáncer de cérvix que representa 16.2 %.

Para la presente norma se entenderá como cáncer ginecológico los siguientes:

- Cáncer de cérvix.
- Cáncer de útero. Existen dos tipos:
 - Cáncer de endometrio, que es el más común.
 - Sarcoma uterino, que se forma en el músculo u otro tejido del útero.
- Cáncer de ovario.
- Cáncer de vagina.
- Cáncer de vulva.
- Cáncer de mama.

Cáncer Cérvico – uterino

1. El personal de salud deberá realizar acciones de prevención primaria: consejería sobre la prevención del cáncer cérvico uterino, promover la vacunación contra el virus del papiloma humano, detección de factores de riesgo, entre otros.
2. El personal de salud deberá realizar acciones de prevención secundaria que fomenten la detección temprana de lesiones premalignas según el cuadro siguiente:

Tabla 7. Descripción de evaluación de cáncer cérvicouterino

Actividades	Intervenciones
Tome PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las mujeres de 20 años o más, que tengan como mínimo un año de haber iniciado relaciones sexuales y las menores de 20 años que hayan iniciado relaciones sexuales. • Citología anual hasta los 29 años. Luego de dos citologías consecutivas anuales negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años.
Co-test	<ul style="list-style-type: none"> • De los 30 años hasta los 65 años realizar Co-test (test de HPV + citología) cada 3 años hasta los 65 años.
A partir de los 70 años	<ul style="list-style-type: none"> • Se podrá discontinuar el tamizaje con citología cérvico vaginal a los 70 años, siempre y cuando tenga tres citología previas negativas a Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI) o 10 años sin presencia de LEI.

Fuente propia, elaborada por la Sección de APS y Coordinación Institucional de Ginecología abril 2020.

Tabla 8. Tamizaje en grupos especiales

Actividades	Intervenciones
Mujeres con histerectomía previa:	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con histerectomía total, si la indicación no fue por Lesión Escamosa Intraepitelial LEI, se suspende la toma de citología. • Si la histerectomía total fue realizada por la presencia de Lesión Escamosa Intraepitelial LEI, se deberá continuar el tamizaje con citología cada dos años durante 20 años. • Histerectomía sin la extirpación del cuello uterino (subtotal), deben continuar con las pruebas de detección como indica la presente normativa.
Mujeres con antecedente de lesiones de alto grado	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje durante 20 años.
Mujeres inmunodeprimidas:	<ul style="list-style-type: none"> • Citología anual a partir de los 21 años. • Co-test a partir de los 30 años. • Cada 3 años si CD4 \geq 200 cl/μL o en tratamiento antirretroviral activo. • Anual si CD4 < 200 cl/μL o no tratamiento antirretroviral.

Quando referir

Citología positiva, refiera a colposcopia:

- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
- Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US).
- Células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H).
- Células glandulares atípicas (AGUS).
- Sospecha clínica de malignidad.
- Carcinoma de células escamosas.
- Adenocarcinoma.
- Pacientes embarazadas con alguno de los diagnósticos anteriores también deberán ser referidas a Colposcopia. Quedará a criterio del colposcopista si le realiza biopsia o no

Tamizaje con co-test:

- Conducta de acuerdo con el resultado:
 - a. Ambos estudios negativos: control cada 3 años.
 - b. Test de HPV positivo a serotipo 16, 18 u otro serotipo de alto riesgo y citología negativa referir a colposcopia.
 - c. Test de HPV negativo y citología positiva referir a colposcopia.
 - d. Ambos estudios positivos referir a colposcopia.

Fuente propia, elaborada por la Sección de APS y Coordinación Institucional de Ginecología abril 2020.

3. En la mujer con VIH, tomar citología dentro del primer año posterior al diagnóstico y luego realizarla anualmente. Si se dispone del Co-test realizarlo a partir de los 30 años, si $CD4 \geq 200$ cl/ μ L o en tratamiento antirretroviral activo se realizará cada 3 años y anual si $CD4 < 200$ cl/ μ L o no tratamiento antirretroviral.
4. En pacientes inmunosuprimidas (ejemplo: tratamiento crónico con esteroides, inmunosupresores para evitar rechazo de transplante) y en las que ya se ha reportado la presencia del virus del papiloma humano (VPH) en citologías previas, el tamizaje debe realizarse cada año.
5. En pacientes embarazadas que no tienen citología vigente (2 años), se deberá realizar el tamizaje, entre la inscripción y las 24 semanas de embarazo.
6. En pacientes post parto, se deberá realizar citología en el control puerperal tardío, en caso de no tener citología vigente (2 años).

Tabla 9. Conducta a seguir según resultado del PAP

Resultado del PAP (según sistema BETHESDA)	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir PAP inmediatamente
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a inflamación severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar tratamiento según el caso y repetir el PAP en un año. Si nuevo PAP es negativo, continuar tamizaje según normativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar tratamiento específico y repetir PAP según normativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS). 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a Colposcopia
<ul style="list-style-type: none"> • Células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de células escamosas in situ. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma de células escamosas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Células glandulares atípicas (AGC). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma in situ. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma. 	
<ul style="list-style-type: none"> • NIVA 	

Fuente propia, elaborada por la Sección de APS y Coordinación Institucional de Ginecología abril 2020.

NOTA: El hecho de indicar una citología cada 2 o 3 años o incluso suspender la toma de ésta, **no implica que se dejará de citar a las pacientes una vez por año para su evaluación ginecológica anual de rutina.**

Cáncer de Ovario

1. EL personal de salud deberá identificar los factores de riesgo y los signos y síntomas para iniciar el estudio.

Tabla 10. Descripción de la evaluación del cáncer de ovario

Actividades	Intervenciones
Identifique factores de riesgo	<p>Investigue:</p> <ul style="list-style-type: none">• Envejecimiento (Mujeres mayores de 40 años).• Obesidad (IMC>30).• Nuliparidad.• Primigesta añosa (Primer embarazo a término después de los 35 años).• Terapia hormonal después de la menopausia. El riesgo parece ser mayor en mujeres que sólo reciben estrógeno (sin progesterona) por muchos años (al menos 5 o 10).• Antecedentes familiares de cáncer de ovario, de mama o cáncer colorrectal.• Síndrome de cáncer familiar (causado por mutaciones hereditarias en los genes BRCA1 o BRCA2).• Uso de tratamientos de fertilidad.• Síndrome de hamartoma tumoral PTEN.• Síndrome Peutz-Jeghers.• Poliposis asociada con MUTYH.• Hábito de fumar.• Consumo de alcohol.
Signos y síntomas a tomar en cuenta para iniciar estudio	<ul style="list-style-type: none">• Distensión abdominal progresiva.• Sensación repetida y persistente de plenitud con la comida, incluso con pequeñas cantidades.• Molestias pélvicas y/o abdominales que persisten y no tienen una explicación lógica.• Molestias al orinar y/o hacer deposición que persisten y no se explican por otras causas.• Sangrado vaginal anormal.
Estudios de gabinete	<ul style="list-style-type: none">• Ante la sospecha de tumor ovárico indicar Ultrasonido ginecológico.
Cuando referir	

Referir

- Referir a ginecólogo si en ultrasonido reporta tumor de ovario o ante sospecha clínica de cáncer.

Fuente propia, elaborada por la Sección de APS y Coordinación Institucional de Ginecología abril 2020.

Cáncer de Útero

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que, en la menopausia, se le debe explicar a todas las mujeres los riesgos y síntomas del cáncer de endometrio e insistirles en que informen a su médico si tienen cualquier sangrado, secreción o manchado vaginal.

No existen pruebas de tamizaje para la identificación del cáncer del cuerpo uterino, sin embargo, deben identificarse los factores de riesgo principalmente relacionados al estímulo estrógeno y determinar las pacientes que ameritan estudio histológico.

Debe obtenerse muestra endometrial para valorar la hemorragia uterina anormal en toda mujer mayor de 45 años o en mujeres de menor edad con factores de riesgo para hiperplasia o carcinomas endometriales, tales como:

- Infertilidad
- Anovulación crónica
- Diabetes
- Obesidad IMC > 30
- Mujeres con hipertensión arterial
- Terapia con estrógenos solos
- Sangrado irregular abundante de reciente aparición
- Sangrado postmenopáusico
- Historia Familiar CA colon y endometrio
- Terapia con tamoxifeno
- Sin mejoría de HUA después de 3 meses de terapia médica

Todo sangrado después de la menopausia debe ser estudiado para establecer la causa y manejarlo de acuerdo al diagnóstico.

El médico tratante que identifique crecimiento uterino rápido de forma importante deberá sospechar tumor maligno y referir al ginecólogo.

Cáncer de Vagina

El cáncer de vagina es menos frecuente que el cáncer del cuerpo y cuello uterino, sin embargo, es importante evaluar adecuadamente, realizar una vaginoscopia y evaluar la toma de biopsia en los siguientes casos:

- Citología anormal tras una histerectomía
- Citología anormal tras resección completa de Neoplasia Intraepitelial Cervical (CIN)

- Citología anormal no explicada tras colposcopia y estudio endocervical.
- Presencia de lesión vaginal palpable o visible a simple vista
- CIN en mujer inmunodeprimida
- Leucorrea o sangrado vaginal de causa inexplicable
- Previa a una histerectomía por persistencia de CIN

Cáncer de Vulva

El médico tratante que identifique a pacientes con signos y síntomas de cáncer de vulva deberá referir para evaluación y valorar realización de biopsia.

Signos y síntomas de riesgo:

- Picazón en la vulva que dura mucho tiempo y no se alivia con antimicóticos o cremas con esteroides.
- Ardor o sensación de hormigueo (puede ser peor al orinar).
- Dolor, sensibilidad o malestar en la vulva.

En el examen físico se debe buscar:

- Zonas de color rosa, rojo, blanco o descoloridas.
- Parches escamosos o similares a las verrugas.
- Parches rojos y dolorosos, o una llaga abierta (úlceras).
- Engrosamiento de la piel.
- Cambios en la apariencia de un lunar en la vulva (que puede hacerse más grande o cambiar de color o forma).
- Un bulto o masa en la vulva que no desaparece.

Cáncer de Mama

A toda usuaria a partir de los 40 años se le deberá indicar una mamografía de tamizaje, si el resultado de ésta fuera normal, cada dos hasta los 49 años. De los 50 años, cada año hasta los 69 años. **La mamografía de tamizaje puede ser indicada por tecnólogo materno infantil, médico general, médico familiar o ginecólogo**, no limitando la entrega de las órdenes, a éstos.

1. Promover el autoexamen de mamas una vez por mes.
2. A toda derechohabiente (paciente) se le entregará el reporte escrito de su resultado y las placas correspondientes por parte de la empresa suministrante (compra de servicio) o por el servicio de radiología institucional correspondiente.
3. La paciente acudirá a su cita médica y entregará al médico, copia de la hoja de respuesta, la cual será anexada a su expediente. Ella conservará la hoja de respuesta original y las placas, para comparación radiológica cuando le repitan el examen.
4. Al cumplir 45 años se le debe orientar para ser inscritas en el componente de Climaterio y Menopausia.
5. Se indicará a toda paciente antes de iniciar terapia de reemplazo hormonal. En pacientes menores de 40 años con falla ovárica temprana, a quien se le indicará terapia de reemplazo hormonal, deberá contar con mamografía diagnóstica previa.

6. El examen será indicado en la hoja diseñada para tal fin, debidamente llenada con todos los datos que en ella se solicitan.
7. La solicitud se deberá de llenar en original (sin copia), deberá estar firmada y sellada por el profesional de la salud que la indica. Cuando sea compra de servicios, será autorizada por el director local o el médico designado. Las pacientes deberán presentar además fotocopia del DUI el cual se anexará a la solicitud.
8. Las pacientes deberán llevar el día que se les realice la prueba, las mamografías previas, para efecto de comparación con el estudio que se les realizará.
9. La respuesta será enviada en papelería propia del suministrante, en casos de compra de servicios.

Mamografía de tamizaje

Indicar mamografía de tamizaje (Anexo 19), previo consentimiento de la mujer y con la frecuencia siguiente:

- A toda mujer entre los 40 y 49 años: cada dos años, si el resultado fuera normal.
- A toda mujer entre los 50 y 69 años: cada año.
- A partir de 70 años: cada año, según la condición médica y expectativa de vida de la mujer.
- No se incluirá a pacientes que están lactando.
- No se incluirá a pacientes que presenten masas, en estos casos se enviará para mamografía diagnóstica indicada por ginecólogo.

Mamografía diagnóstica

Indicar mamografía diagnóstica en los siguientes:

- Mujer mayor de 30 años con sintomatología mamaria no aclarada por valoración clínica ni por ultrasonografía.
- Presencia de masa o tumor palpable.
- Salida de secreción sanguinolenta por el pezón, secreción no láctea, amarillenta, de aspecto purulento.
- Presencia de cambios en la piel del pezón o la areola.
- Mujer con sospecha de cáncer mamario, independientemente de su edad.
- Mujer de cualquier edad con metástasis sin tumor primario conocido.
- Mujer de cualquier edad con diagnóstico de cáncer mamario por medio de otra prueba diagnóstica y que no posee mamografía de base.
- Mujer mayor de 40 años programada para cirugía estética de la mama.
- Mujer que iniciará terapia hormonal de remplazo.

Mamografía de tamizaje anormal por presencia de:

- Asimetría en la densidad.
- Distorsión de la arquitectura.
- Microcalcificaciones sospechosas.
- Ectasia ductal asimétrica.

Tabla 11. Detección temprana del cáncer de mama

Alternativas de detección	Edad recomendada	Frecuencia
Autoexamen de las mamas	Mujeres en edad reproductiva y postmenopáusicas	Mensual
Examen clínico de las mamas	Mujeres a partir de los 25 años	Anual
Mamografía de tamizaje	Mujeres asintomáticas entre 40 y 49 años.	Cada dos años
	Mujeres asintomáticas entre 50 y 69 años	Anual

Fuente: Tomado de la Norma de Atención Integral a la Mujer 2013 y actualizada en enero 2021.

Conducta según resultado

- Si el resultado es negativo, el médico deberá dar las recomendaciones correspondientes para que la paciente se continúe realizando su autoevaluación de mamas cada mes y su chequeo ginecológico cada año. Le dará el alta y le recomendará que solicite un nuevo estudio al pasar uno o dos años de éste, según edad.
- Si el radiólogo ha recomendado ultrasonografía para complementar el estudio, el médico la indicará.
- Si la respuesta de mamografía tiene hallazgos positivos o sospechosos, la paciente será referida directamente por el radiólogo al Hospital Materno Infantil Primero de Mayo u otro hospital que cuente con ginecólogo, para ser vista por ginecólogo o referida a oncólogo, de forma inmediata o en un lapso no mayor de una semana o a la brevedad posible, según el caso amerite.
- Si la respuesta de mamografía es BIRADS 4 o BIRAD 5, la paciente será referida directamente a la Consulta de Atención Inmediata de Oncología en el Hospital Médico Quirúrgico y Oncología.
- La trabajadora social dará la asistencia necesaria para que efectivamente la paciente obtenga su cita con el especialista o su referencia a oncología, dentro del plazo de una semana como máximo o a la mayor brevedad posible.

El resultado del estudio de mamografía debe reportarse de acuerdo con la clasificación de BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System):

- BIRADS 0: se requiere estudio complementario (usualmente USG)
- BIRADS 1: Negativo.
- BIRADS 2: Hallazgos benignos.
- BIRADS 3: Hallazgos probablemente benignos. Se sugiere control mamográfico en 6 meses.
- BIRADS 4: Hallazgos probablemente malignos. Se sugiere biopsia.
- BIRADS 5: Hallazgo maligno. Es indispensable estudio histológico.
- BIRADS 6: Casos ya conocidos en control con oncología.

Lo ideal es que se examine las mamas una vez por mes y es aconsejable que se elija siempre el mismo momento del mes para hacerlo, ya que las mamas suelen modificarse con el ciclo menstrual. El mejor momento para realizarse un autoexamen mamario es alrededor de una semana después del inicio de su período menstrual. El autoexamen mamario se divide en dos partes: el aspecto de las mamas y la manera en que se sienten.

Figura 2. Autoexamen de mama.



VIII. Responsabilidades obligaciones y funciones para la atención integral en salud a la mujer

Coordinador Nacional Institucional de Especialidad Médica Ginecología y Obstetricia

Responsabilidades y obligaciones

El coordinador Nacional Institucional de Especialidad Médica Ginecología y Obstetricia deberá:

- Planificar y coordinar las actividades de supervisión del personal de la especialidad, a través de la programación, asignación, distribución y definición de las funciones, con el fin de cumplir todo lo relacionado a la atención integral en salud a la Mujer.
- Velar por el cumplimiento de las políticas, líneas estratégicas, estrategias y acciones enmarcados en Curso de Vida Mujer.
- Conocer y utilizar los criterios técnicos que se requieran, para supervisar la operatividad de los servicios de salud, con el fin de contar con líneas de acción preestablecidas para el debido ejercicio de las funciones del personal.
- Monitorear, supervisar y evaluar los planes de trabajo y los procesos asistenciales por medio de indicadores, productividad y calidad de los servicios asistenciales prestados en los centros de atención; aplicando mecanismos de control y ajuste para su mejoramiento, tomando en cuenta criterios técnicos científicos, de racionalidad y de pertinencia.
- Coordinar propuestas de proyectos de mejora y calidad, evaluando la atención otorgada de las derechohabientes.
- Establecer reuniones con el personal de la especialidad para orientar, asesorar, definir y decidir los criterios de carácter técnico que se requieran para la toma de decisiones o el debido ejercicio en curso de Vida Mujer.

- g. Supervisión técnica de los puestos relacionados a la atención integral a la mujer y de acuerdo con la especialidad, siendo: Jefe de Departamento, Jefe de Servicio, Coordinador Médico, Personal Técnico y de apoyo.

Funciones

- a. Conocer y utilizar los criterios técnicos que se requieran (Indicadores) para supervisar la operatividad de Curso de Vida Mujer.
- b. Planificar y elaborar el "Plan Nacional de Trabajo" en conjunto con los coordinadores locales de Ginecoobstetricia.
- c. Recopilar y revisar, el informe estadístico y epidemiológico, basado en los censos y reportes de producción, a fin de contar y proporcionar información sobre los resultados del área y que faciliten la toma de decisiones.
- d. Revisar aleatoriamente casos clínicos, para verificar la aplicación correcta de criterios, diagnósticos terapéuticos y los tratamientos o procedimientos aplicados, sean certeros de acuerdo con los subprogramas de Curso de Vida Mujer.
- e. Participar en el proceso de actualización de Programa Curso de Vida Mujer, con el fin de que sirva de instrumento, para el desarrollo de las actividades del área.
- f. Participar en la elaboración de propuestas de normas y estrategias clínicas, preventivas y administrativas, que faciliten el proceso de atención.
- g. Comunicar con efectividad vertical y horizontal los avances y resultados de Curso de Vida Mujer y acciones tomadas, ya sea formal o informalmente, con el objetivo de establecer vías de comunicación con los recursos bajo su coordinación y mantener informado a su jefe inmediato.
- h. Dar a conocer oportunamente los nuevos procedimientos técnicos y administrativos de curso de Vida Mujer con el objetivo de operativizarlos.

Sección Atención Primaria en Salud

Responsabilidades y obligaciones

- a. Conocer y utilizar los criterios técnicos que se requieran (Indicadores) para supervisar la operatividad de Curso de Vida Mujer.
- b. Establecer un plan de acción para mejora y seguimiento de los procesos relacionados a la prevención en conjunto con el coordinador o responsable del centro de atención.
- c. Establecer y priorizar con coordinadores propuestas de mejora para el buen funcionamiento del curso de vida a la mujer.
- d. Ser responsable de velar por el cumplimiento de los documentos técnicos regulatorios relacionados a curso de vida a la mujer, en conjunto con coordinador institucional de especialidad médica, coordinadores de Red y con la dirección de cada centro.

Funciones

- a. Elaborar y presentar un programa anual de visitas a centros de atención para el acompañamiento en la ejecución de las actividades y prestaciones de servicios de salud establecidos para la atención integral a la mujer.
- b. Elaborar informes o planes de mejora a partir de las fallas o problemas identificados en la prestación de servicios de salud posterior a cada visita de monitoreo en los centros de atención.
- c. Control, seguimiento y evaluación de los indicadores trazadores en curso de vida mujer.
- d. Asistir a reuniones periódicas con coordinador institucional de ginecología y coordinadores de red.
- e. Ser el nexo entre el nivel central, la coordinación institucional de ginecología, la dirección local y la red de servicios de salud.
- f. Apoyar al personal multidisciplinario (médico general, médico de familia, ginecólogo, especialista en medicina materno fetal, enfermera, educador en salud, trabajo social, entre otros), en todo lo relacionado a la prestación de servicios de salud establecidos en la Norma.
- g. Evaluar trimestral, semestral y anualmente el desarrollo del programa con el coordinador institucional y el equipo multidisciplinario o cuando lo considere conveniente.
- h. Establecer la detección de necesidades relacionadas a la gestión del conocimiento y desarrollo del talento humano en el curso de vida a la mujer
- i. Dar a conocer los resultados de las actividades del curso de vida mujer ya sea periódicamente o atendiendo requerimientos de otras dependencias, a fin de que sirvan como insumo para la generación de reportes y análisis respectivos.

Director del Centro de Atención Cabeza de Red

El director de cada centro de atención será responsable directo de:

- a. La buena administración del programa: conducción, organización, ejecución y control.
- b. Buen funcionamiento y asegurar la integralidad de la aplicación del curso de vida Mujer en la prestación de los servicios de su Centro de Atención (C.E. / C.C. / U.M., Hospital).
- c. Velará por el cumplimiento de las Políticas Institucionales y necesidades de los derechohabientes, así como de las normas, guías y estándares de calidad establecidas.
- d. Disponer de su personal de la manera más adecuada para el funcionamiento del modelo de atención integral en salud a la mujer.
- e. Solicitar apoyo cuando lo crea conveniente a la Sección de Atención Primaria en Salud (APS- Curso de Vida Mujer), coordinación Institucional de Ginecoobstetricia, u otras dependencias de la Subdirección de Salud cuando así sean requeridas.

- f. Realizar visitas y reuniones de coordinación (Consejos de gestión) con las Clínicas Comunales adscritas a la Unidad Médica en forma frecuente, de acuerdo con las necesidades que se presenten.
- g. Solicitar informe periódico sobre los resultados de las actividades de la atención integral en salud a la mujer, realizadas en el Centro de atención.
- h. Asignar a los coordinadores de la atención integral en salud a la mujer, las horas administrativas diarias necesarias para el cumplimiento de sus funciones en el marco del proyecto.
- i. Revisar y autorizar el plan de trabajo correspondiente a la atención integral en salud a la mujer.
- j. Asegurar el equipamiento, artículos e insumos necesarios para la atención integral en salud a la mujer.
- k. Brindar apoyo al personal multidisciplinario (Médico General, Médico de Familia, Ginecólogo, Perinatólogo, Enfermera, Educador en Salud, Trabajo Social, Archivo, entre otros) designado para el proyecto de atención integral en salud a la mujer por curso de vida.
- l. Revisar y autorizar el Plan Anual de Trabajo correspondiente al programa de atención integral en salud a la mujer, el cual deberá llevar visto bueno (VoBo) del Coordinador Institucional de Ginecoobstetricia.
- m. El adecuado cumplimiento de las normas establecidas en el presente documento, por todo el personal involucrado.
- n. Evaluar trimestral, semestral y anualmente el desarrollo del programa con el equipo multidisciplinario o cuando lo considere conveniente.
- o. Brindar apoyo al médico coordinador o encargado en las actividades relacionadas con el programa.
- p. Firmar el activo fijo relacionado con el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer.

Coordinador o medico encargado del programa por red

Los coordinadores o médicos encargados de programa deberán:

Responsabilidades y obligaciones

- a. La buena administración del programa: conducción, organización, ejecución y control. Elaboración del Plan Anual de Trabajo del centro y coordinar el Plan de la red cuando aplique, incluyendo la educación continua del personal y plan de educación para la salud del Programa.
- b. Distribuir sus horas contratadas de la siguiente manera: Funciones gerenciales: 50%, funciones asistenciales: 25%, realización de procedimientos: 25%.
- c. Ser el nexo entre el nivel central, la Coordinación Nacional de Ginecología y la Dirección local y la Red de servicios.
- d. Ser responsable de velar por el cumplimiento de las normas, en coordinación con la Dirección de cada Centro.

- e. Evaluar periódicamente el cumplimiento de las normas vigentes del programa y proponer cambios para mejorar la atención de la derechohabiente.
- f. Realizar reuniones periódicas con el equipo multidisciplinario de su centro de atención, clínicas comunales y empresariales para la interpretación de las normas y coordinar acciones en mejora del programa; dejando constancia de dichas reuniones.
- g. Realizar auditorías de expediente y de proceso sobre la calidad de atención médica en los diferentes componentes de atención del programa, para verificar el cumplimiento de la normativa y hacer las observaciones correspondientes. La frecuencia de dichas auditorías será determinada por el tiempo administrativo disponible del coordinador o encargado.
- h. Participar activamente en la evaluación del Programa. Cada trimestre elaborará un informe sobre la evaluación del cumplimiento de la Normativa del Programa analizarán los indicadores, sus resultados y propondrán estrategias de mejora y se entregará al director del centro de atención para su visto bueno, a la Coordinación Nacional de Ginecología y a la Sección de Atención Primaria de Salud.
- i. Realizar las evaluaciones al mérito en coordinación con el director local al personal médico que atiende la consulta de ginecología.

Funciones

- a. Inducir al equipo multidisciplinario que participa en el programa de atención integral en salud a la mujer para la prestación de servicios de salud.
- b. Revisar mensualmente el informe realizado por enfermera encargada del programa, antes de ser enviado al departamento de estadística, del nivel central.
- c. Reevaluar los informes sobre falla y morbilidad de métodos de planificación familiar, de su centro de atención, antes de remitirlos, según lo estipulado en el numeral 10 de las Normas Específicas por cada método, del Sub Programa de Planificación Familiar.
- d. Asistir puntualmente y permanecer en las reuniones y capacitaciones a las que sea convocado.
- e. Participar en la elaboración del listado de necesidades de insumos médicos y equipo pertinentes al programa en su Centro y Red cuando aplique.
- f. Realizar visitas a clínicas comunales y empresariales adscritas a su red, cuando aplique, y centro de atención, con el objeto de mantenerlas actualizadas.
- g. Brindar apoyo y coordinar con los Tecnólogos Materno-infantiles asignadas en los centros de atención de la Red para la Detección Precoz de Cáncer de Cérvix.
- h. Realizar la inducción del programa a todo personal o profesional de nuevo ingreso en la red.
- i. Autorizar referencias de las densitometrías axiales (o ante su ausencia, su designado).
- j. Evaluar la pertinencia de las interconsulta, referencia o retorno en la Red según lo establecido en los documentos técnicos relacionados para tal fin.

- k. Calcular, evaluar, analizar e interpretar los indicadores del Programa de la Mujer para establecer estrategias de mejora en el centro y en la red cuando aplique.
- l. Elaborar informes de visitas de monitoreo a Clínicas Comunes y Empresariales.
- m. Integración a diferentes comités de apoyo a la dirección local (según horas contratadas).
- n. Elaborar resumen de expedientes que son solicitados por otras instituciones.
- o. Resolver otras situaciones relacionadas con medicamentos, insumos y equipo que se utilizan en el Programa del centro de atención y de la Red, cuando aplique.
- p. Homologación de incapacidades de médico privado.

Médico tratante

El médico tratante deberá:

- a. Conocer y cumplir las normas vigentes.
- b. Utilizar y llenar correcta y completamente la papelería diseñada para cada área de atención y según el tipo de atención brindada.
- c. Brindar educación para la salud sobre todos los componentes del Programa de Atención Integral en Salud a través del Curso de Vida Mujer y sobre la importancia de la inscripción precoz del recién nacido.
- d. Orientar a la paciente, en casos de Violencia Intrafamiliar y llenar la "Hoja de Registro Único" del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), la cual será enviada al departamento de Atención Primaria en Salud. Enviar a la usuaria, previo consentimiento, a las instancias correspondientes o al equipo de Salud Mental.
- e. Asistir y permanecer en reuniones programadas por el coordinador local, cuando se le solicite.
- f. Referir a la paciente a otras especialidades y a otras áreas de atención u otros niveles de atención para que pueda recibir la orientación, consejería y educación, sobre estilos de vida saludable, lactancia materna, salud mental y sexualidad; y en casos que amerite manejo médico más especializado cuando aumente el riesgo.
- g. Llenar el reporte de falla de método de planificación familiar (Anexo 12), en caso de que se haya presentado esta situación.
- h. Prescribir medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete de acuerdo a protocolos establecidos. En caso de cambio de receta o papelería de laboratorio, deberá repetirla.

Tecnólogo Materno Infantil

Tecnólogo Materno Infantil del Programa de Atención Integral en Salud a través del Curso de Vida Mujer deberá:

- a. Realizar actividades relacionadas al programa materno, la prevención del cáncer de cérvix y de mama, que incluyen:
 - i. Educación sobre control prenatal.
 - ii. Toma de citología cérvico vaginal.
 - iii. Indicación de mamografía de tamizaje.
 - iv. Referir a consulta médica los resultados anormales o que ameritan seguimiento de citología y de mamografía.
 - v. Consejería actualizada de todos los componentes del Curso de Vida Mujer, la prevención de cáncer de mama y de cérvix a las pacientes, recalcando la necesidad e importancia de la mamografía de tamizaje y la citología como pruebas de tamizaje.
- b. Brindar charlas educativas a pacientes y personal de salud en temas relacionados a salud sexual y reproductiva y de cáncer de mama y cérvix.
- c. Mantener comunicación permanente con el coordinador local del Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer para desarrollar acciones dirigidas a incrementar las coberturas de citologías y mamografías de tamizaje.
- d. Llevar los registros correspondientes de las citologías tomadas y mamografías indicadas, actualizándolos con los resultados al obtener estos; remitiendo posteriormente informe de las mismas a estadística de nivel local para ser ingresados al SES, al coordinador del Programa y al Departamento de Atención Primaria en Salud.
- e. Desarrollar planes anuales de trabajo, presentados y avalados por la coordinación del Programa de la Mujer a nivel local y por la Dirección local.

Personal de Enfermería

El personal de enfermería de clínica deberá:

- a. Dar la entrevista preconsulta, en la cual informará e indagará con la usuaria sobre la importancia de los controles, signos y síntomas de alarma.
- b. Brindar consejería en la postconsulta sobre todos los componentes del programa y de la importancia de la inscripción precoz del recién nacido.
- c. Ordenar la consulta médica y transmitir mensajes educativos a las usuarias.
- d. Mantener el material y equipo necesario, en la clínica asignada.

- e. Preparar a la usuaria registrando edad y signos vitales: tensión arterial (la que tendrá que ser verificada por el médico tratante), peso, talla, (ésta última solo en la primera consulta) y toma de temperatura si es necesario.
- f. Apoyar en la atención de la paciente, durante la consulta médica, cuando se le solicite.
- g. Verificar existencia de reportes de exámenes de laboratorio y gabinete.
- h. Completar los datos de identificación de la papelería generada en la consulta y entrega de esta.
- i. Orientar a la paciente sobre la importancia de controles subsecuentes.

El personal de enfermería encargado del programa deberá:

- a. Mantener comunicación permanente con el coordinador del programa y con el personal que interviene en la prestación del servicio.
- b. Recibir a la paciente con el expediente y sus prescripciones.
- c. Dar entrevista preconsulta a la paciente que solicite planificar por primera vez y brindar consejería post consulta a toda paciente de atención materna, planificación familiar, climaterio y prevención de cáncer ginecológico, así como de la importancia de la inscripción precoz del recién nacido; anotándola en forma concisa y clara en la hoja de enfermería.
- d. Participar en las actividades programadas por el coordinador local.
- e. Participar en las visitas de apoyo a clínicas comunales y empresariales, cuando le sea solicitado.
- f. Recibir, notificar y registrar los resultados de la detección temprana del cáncer ginecológico y establecer la coordinación correspondiente para citar a las pacientes con examen anormal.
- g. Aplicar la vacunación a la embarazada según esquema vigente del programa ampliado de inmunizaciones.
- h. Llevar el tarjetero de control prenatal y de planificación familiar, de acuerdo con lo estipulado en las consideraciones generales para el manejo del tarjetero.
- i. Llenar los diferentes tabuladores diarios, de acuerdo con la atención prestada.
- j. Elaborar informe mensual, de acuerdo con cada área de atención.
- k. Solicitar a farmacia o almacén la cantidad proyectada de anticonceptivos que se utilizará cada semana.
- l. Proveer a la clínica empresarial de los métodos anticonceptivos, con base a consumo.
- m. Elaborar informe de conteo físico, cada seis meses (según instructivo) en coordinación con farmacia.

Nutricionista

Nutricionista deberá:

- a. Brindar atención nutricional pertinente a toda paciente que le sea referida de acuerdo con el riesgo en los días posteriores a la consulta médica en la que se generó la referencia. Dicha consulta podrá brindarse en el mismo centro de referencia o en otro de la red.
- b. Realizar evaluación nutricional de acuerdo con peso y talla (IMC). Tomar en cuenta recuento de alimentos en 24 horas y frecuencia de consumo de alimentos, lo cual permite indagar sobre prácticas y costumbres alimentarias de las pacientes.
- c. En las Unidades, se deberá confirmar el estado nutricional de toda usuaria referida, utilizando el índice de masa corporal (IMC) y tabla de ganancia de peso para la talla, anotándolo en la hoja de registro de la atención nutricional. En el caso de los hospitales, se deberá escribir el reporte nutricional en el expediente clínico y se le dará seguimiento.
- d. Brindar consejería sobre lactancia materna e inscripción precoz del niño al Programa Infantil.
- e. Analizar los resultados de exámenes de laboratorio indicados.
- f. Revisar y orientar sobre la ingesta de micronutrientes indicados.
- g. Recomendar, de ser necesario, micronutrientes, mezcla nutritiva o soporte nutricional, con autorización del médico.
- h. Calcular el valor calórico total (incluyendo mezcla nutritiva) de la dieta recomendada.
- i. Prescribir plan nutricional y proporcionar consejería, según condición o patología.
- j. Colaborar para el buen funcionamiento del programa cuando le sea solicitado.
- k. Apoyar en actividades educativas según necesidad.

Trabajador Social

Trabajador social deberá:

- a. Organizar diferentes clubes o grupos educativos de acuerdo con cada atención.
- b. Entrevistar a toda embarazada en la post-consulta de inscripción y en la semana 36 de gestación o penúltimo control, orientándola sobre los siguientes aspectos: lactancia materna, planificación familiar.
- c. Dar orientación a donante de sangre, si es cesárea.
- d. Papelería que necesitará llevar para su ingreso hospitalario:
 - i. DUI original
 - ii. En caso de atención de parto fotocopia de DUI de ambos padres
 - iii. Carné de Minoridad (para adolescentes beneficiarias de pareja cotizante)

- iv. Hoja de evolución y referencia
- v. Solicitud de esterilización postparto (en caso de necesitarlo).
- e. Dar charla de orientación a las pacientes que han sido dadas de alta y entregar a cada una el instructivo de indicaciones "Postparto" o "Post-Cesárea", según sea el caso, También entregará el folleto titulado "CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO HASTA EL AÑO DE EDAD", recordar promover la inscripción temprana del niño.
- f. Enfatizar la importancia del control puerperal (temprano y tardío) en el centro de atención que le corresponde.
- g. Coordinar a nivel local, con equipo multidisciplinario, inscripciones en las diferentes áreas de atención.
- h. Realizar visita domiciliar dirigida según el riesgo identificado por el médico tratante.
- i. Coordinar citas para pacientes con resultado anormal de exámenes.
- j. Dar seguimiento a embarazadas faltistas a control de exámenes y consulta médica.
- k. Dar seguimiento de faltistas a planificación familiar.
- l. Trámite de citas en Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, cuando aplique.
- m. Realizar trámite de homologación de Incapacidades, en Unidades Médicas.
- n. Dar consejería y llenar la hoja de consentimiento informado a la paciente que desee esterilizarse.
- o. Reposición de papelería deteriorada por paciente y/o patrono (para el programa).
- p. Realizar estudio socioeconómico completo cuando se solicite recanalización tubaria y en caso de pacientes infértiles, el cual se realiza en Unidades Médicas.
- q. Colaborar con actividades de investigación, cuando así le sea solicitado.
- r. En caso de parto de una menor de edad, se procede a llenar el formulario establecido para notificación al CONNA, con el objetivo de aplicar la Ley LEPINA.
- s. Atención de grupos de pacientes:
 - i. Preconcepcional.
 - ii. Alto riesgo reproductivo.
 - iii. Embarazadas.
 - iv. Lactancia.
 - v. Climaterio/Menopausia.
 - vi. Cáncer ginecológico.
 - vii. Violencia según el caso.

Educador en Salud

Educador en Salud deberá:

Realizar actividades educativas y promocionales a nivel intramural y extramural de las diferentes áreas de atención del Programa Curso de Vida Mujer en coordinación con médico encargado, enfermera, trabajadora social o cualquier otro miembro del equipo multidisciplinario, aplicando la temática de educación para la salud.

Unidad Médica:

El médico tratante deberá:

- a. Realizará campañas dirigidas para identificación de riesgo.
- b. En visitas a empresas fortalecerá: la búsqueda de cumplimiento del programa de atención a la mujer: detección de mujeres con riesgo (pre-concepcional, planificación familiar, cáncer ginecológico, embarazo de riesgo, casos de infertilidad, riesgo reproductivo, climaterio-menopausia, violencia).
- c. Registrará en formato Excel mujeres de 20-59 años identificadas con riesgo y su derivación.
- d. Priorizará pacientes según riesgo.
- e. Priorizará acciones en empresas y consulta externa donde exista población femenina en edad de 20-59 años.
- f. Registrará información en hoja pre-diagnóstico a partir de criterios definidos.
- g. Realizará referencia dirigida según normativa y criterios establecidos.
- h. Realizará visitas a empresas generadas por médico del trabajo.

El seguimiento de Mujeres de 20-59 años con riesgo, finaliza al modificarse el factor de riesgo identificado.

Clínicas comunales:

- i. Realizará campañas dirigidas para Identificación de riesgo.
- j. En visitas a empresas (de su área de responsabilidad programática) fortalecerán: la búsqueda de cumplimiento de subprograma de atención a la mujer: detección de mujeres con riesgo (preconcepcional, planificación familiar, cáncer ginecológico, embarazo de riesgo, casos de infertilidad, riesgo reproductivo, climaterio-menopausia, violencia).
- k. Registrará en formato Excel mujeres de 20-59 años identificadas con riesgo y su derivación.
- l. Priorizará pacientes según riesgo.
- m. Priorizará acciones en empresas y consulta externa (de su area de responsabilidad programática) donde exista población femenina en edad de 20-59 años.
- n. Registrará información en hoja prediagnóstico a partir de criterios definidos.
- o. Realizará referencia dirigida según normativa y criterios establecidos.

Equipo de Salud Mental

El equipo de salud mental deberá:

- Atender las referencias, realizando evaluación psicológica/psiquiátrica según el caso.
- Realizar una adecuada coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Participar en las actividades educativas y de promoción cuando le sea requerido.
- Capacitar periódicamente en la atención del parto psicoprofiláctico.

IX. Indicadores atención integral en salud

Tabla 12. Indicadores de la atención integral en salud a través del curso de vida mujer

Nombre del indicador	Fórmula	Periodicidad de evaluación	Estándar
Mujeres inscritas en atención preconcepcional	$\frac{\text{Número de mujeres inscritas en atención preconcepcional}}{\text{Total de mujeres en edad fértil que reciben atención en salud}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	*
Mujeres inscritas en alto riesgo reproductivo	$\frac{\text{Número de mujeres inscritas en alto riesgo reproductivo}}{\text{Total de mujeres en edad fértil que reciben atención en salud}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	*
Mujeres en control subsecuente de atención preconcepcional	$\frac{\text{Número de mujeres en control subsecuente de atención preconcepcional}}{\text{Total de mujeres inscritas en atención preconcepcional}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	*
Mujeres en control subsecuente de alto riesgo reproductivo	$\frac{\text{Número de mujeres en control subsecuente de alto riesgo reproductivo}}{\text{Total de mujeres inscritas en alto riesgo reproductivo}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	*
Inscripción de la embarazada antes de las 12 semanas de gestación	$\frac{\text{Número de embarazadas inscritas antes de las 12 semanas de edad gestacional}}{\text{Total de inscripciones prenatales en el período}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	80 %

Concentración de controles prenatales	$\frac{\text{Número de inscripciones prenatales + controles subsecuentes en el período}}{\text{Total de inscripciones prenatales en el período}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	5
Control puerperal temprano	$\frac{\text{Número de controles puerperales realizados entre los 7 a 14 días postparto}}{\text{Total de partos institucionales atendidos}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	40 %
Control puerperal tardío	$\frac{\text{Número de controles puerperales realizados entre los 30 a 60 días postparto}}{\text{Total de partos institucionales atendidos}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	40 %
Parto institucional	$\frac{\text{Número de partos atendidos institucionalmente (cesáreas + vaginales)}}{\text{Total de embarazadas inscritas}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	90 %
Partos atendidos por cesárea	$\frac{\text{Número de cesáreas de primera vez y subsecuentes realizadas}}{\text{Total de partos institucionales}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	30 %
Partos atendidos por cesárea de primera vez	$\frac{\text{Número de cesáreas de primera vez}}{\text{Total de partos institucionales}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	< 15 %
Usuaris activas de planificación familiar	$\frac{\text{Número de usuarias activas en el componente de planificación familiar}}{\text{Población femenina derechohabiente en edad fértil 15 a 49 años adscritas al centro de atención}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	25 %
Atención integral a la mujer en el climaterio	$\frac{\text{Número de consultas de inscripción + subsecuentes en el componente de climaterio}}{\text{Población de mujeres de 45 a 65 años}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	40 %
Mamografía de tamizaje en mujeres de 40 a 49 años	$\frac{\text{Número de mamografías de tamizaje en mujeres de 40 a 49 años}}{\text{Población femenina de 40 a 49 años adscrita al centro de atención}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	20 %
Mamografía de tamizaje en mujeres de 50 a 69 años	$\frac{\text{Número de mamografías de tamizaje en mujeres de 50 a 69 años}}{\text{Población femenina de 50 a 69 años adscrita al centro de atención}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	40 %

	Población femenina de 50 a 69 años adscrita al centro de atención		
Citologías en mujeres de 20 a 70 años	$\frac{\text{Número de citologías tomadas a mujeres entre 20 a 70 años}}{\text{Población femenina de 20 a 70 años adscrita al centro de atención}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	30 %
Proporción de exámenes de citologías (PAP) en mujeres entre 30 a 59 años de primera vez en la vida	$\frac{\text{Número total de citologías tomadas por primera vez en la vida en mujeres entre 30 a 59 años}}{\text{Total de citologías de primera vez tomadas}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	30 %
Proporción de exámenes de citologías (PAP) en mujeres entre 30 a 59 años	$\frac{\text{Número total de citologías tomadas en mujeres entre 30 a 59 años}}{\text{Total de citologías tomadas (primera vez y subsecuentes)}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	60 %
Positividad de Citologías a Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado	$\frac{\text{Número de citologías que reportan lesión escamosa intraepitelial de bajo grado}}{\text{Total de citologías positivas (LEI alto grado + LEI bajo grado + cáncer de cervix)}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	80-85 %
Positividad de Citologías a Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado	$\frac{\text{Número de citologías que reportan lesión escamosa intraepitelial de alto grado}}{\text{Total de citologías positivas (LEI alto grado + LEI bajo grado + cáncer de cervix)}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	10-15 %
Positividad de Citologías a Cáncer Invasor Cérvico Uterino	$\frac{\text{Número de citologías que reportan cáncer de cervix}}{\text{Total de citologías positivas (LEI alto grado + LEI bajo grado + cáncer de cervix)}} \times 100$	Mensual, trimestral, semestral y anual	0-5 %
Mortalidad Materna por Causas Directas e Indirectas	$\frac{\text{Número de muertes maternas por causa directa o indirecta}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100,000$	Mensual, trimestral, semestral y anual	35 por 100,000 Nacidos Vivos

* Se creará línea de base para estos indicadores.

Nota: se cambiaron las metas de los indicadores basados en el histórico de 5 años, por el Departamento de Programación en Salud.

X. Educación para la salud

Dentro de la atención integral a la mujer a través del curso de vida, se abordan tres componentes: **educativo, evaluación clínica, preventivo y tratamiento.**

El objetivo del componente educativo es lograr que la mujer que consulta a los centros de atención en cualquiera de los componentes y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para: la dieta apropiada, relaciones sexuales, actividad física, entre otros, que reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.

Las actividades educativas serán realizadas por los profesionales de la salud en los tres niveles de atención y serán responsabilidad del médico, enfermera, auxiliar de enfermería, licenciado en atención materno-infantil, trabajo social y educador en salud.

Componente educativo

Estrategias de atención:

1. Promoción y fomento del auto cuidado de la salud.

Comprende todas las medidas adoptadas por uno mismo, como responsable de su propio cuidado y de su calidad de vida; implica cierto grado de conocimiento y sobre todo de voluntad. Puede entenderse como el conjunto de prácticas cotidianas que realiza una persona con el objetivo de fortalecer la salud y prevenir la enfermedad. Estas prácticas son de uso constante, se emplean por libre decisión y el proceso de adquirirlas se realiza durante toda la vida.

2. Orientación para la adopción de estilos de vida saludables.

- i. Disminución de peso.
- ii. Mejorar la dieta: seguir un ritmo habitual en la alimentación diaria, ya sea en el embarazo o en la lactancia.
- iii. Prevención del consumo de sustancias adictivas.
- iv. Sexo seguro.
- v. Ejercicio: no ejercicios de impacto articular (correr, aeróbicos, etc.). El ejercicio debe ser progresivo, con una frecuencia e intensidad adecuadas. Idealmente se debe iniciar con 30 minutos durante 3 días a la semana y aumentar a diario dependiendo de la evolución. Debe haber un tiempo de calentamiento previo de 5 minutos y un tiempo de estiramiento posterior al ejercicio, también de 5 minutos. No se recomienda iniciar ejercicios grupales o de deportes sin el entrenamiento adecuado previo. Al iniciar ejercicio, llevándose adecuadamente el plan, los cambios estructurales funcionales se verán a partir de la tercera semana. En caso de suspender el ejercicio, estos cambios se notarán a la inversa a partir de la primera semana.
 - i. Ejercicios en piscina (Balneoterapia).
 - ii. Caminata.
 - iii. Bicicleta (estacionaria o convencional en pista plana)
 - iv. Gimnasia convencional (ejercicios calisténicos)

- v. Gimnasia rítmica (paulatino, incluido el baile)
- vi. Gimnasia con pesas (step, cycling)
- vii. Educación en salud sobre sexualidad y reproducción.
- viii. Promoción y fomento de la Salud Mental.
- ix. Prevención de enfermedades crónico-metabólicas y osteoporosis.

3. Educación y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Comprende todas las actividades a realizar para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

XI. Observancia de la norma

La vigilancia del cumplimiento de la "NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A TRAVÉS DEL CURSO DE VIDA MUJER" es de observancia obligatoria de directores de centros de Atención, Jefes de Servicio Clínicos, Subdirección de Salud, a través de las unidades, departamentos y secciones que la conforman.

XII. Infracciones y sanciones

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a las presentes normas y procedimientos, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

XIII. Disposiciones generales

Esta normativa substituye a Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Salud a la Mujer en Período Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio y al Recién Nacido (Julio 2017).

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa serán consideradas por Subdirección de Salud a través de la Sección de Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la norma, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de especialistas de ginecología y obstetricia las veces que se considere necesario.

Las capacitaciones a personal se desarrollarán a partir de la aprobación de la norma y tendrán un plazo de un año para desarrollarse.

XIV. Vigencia de los lineamientos

La "NORMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A TRAVÉS DEL CURSO DE VIDA MUJER" será autorizada y entrará en vigencia a partir de su aprobación.

XV. Oficialización

San Salvador, enero 2021.



Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala
Jefe Departamento de Normalización



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia



Dr. Carlos Mauricio Rubio Barraza
Subdirector de Salud

XVI. Glosario

- **Atención preconcepcional:** conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo.
- **Riesgo reproductivo:** es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.
- **Riesgo obstétrico:** es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte.

Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo que, al consultar en cualquier establecimiento del **sistema nacional de salud**, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con las tecnologías apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo con el riesgo que presente la mujer, a fin de asegurarle servicios de calidad.

- **Control prenatal:** atención integral, periódica y sistemática de la embarazada, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de la gestación, identificar factores de riesgo, detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario, brindar educación y consejería de acuerdo con las necesidades de la mujer. Todo ello para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo.
- **Consulta inscripción a programa planificación familiar:** es la primera consulta que realiza una usuaria en cualquier centro de atención, para adopción de un método anticonceptivo en el componente de planificación familiar en el ISSS. Esta consulta deberá ser registrada en el formulario respectivo.
- **Consulta subsecuente de planificación familiar:** es toda consulta posterior (subsecuente) a la consulta de inscripción que realiza una usuaria del componente de planificación familiar en cualquier centro de atención del ISSS (no importando si hay cambio de método).
- **Cambio de método:** es la entrega de anticonceptivos diferentes al usado anteriormente (cambio de método) a la usuaria en el subprograma de planificación familiar en cualquier centro de atención del ISSS. En estos casos, la consulta subsecuente se hará según el nuevo método adoptado.
- **Climaterio:** es el conjunto de síntomas y signos que se presentan en la perimenopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.
- **Menopausia:** la ausencia de menstruación durante doce meses sin ninguna otra causa obvia patológica.

- **Perimenopausia:** comprende el periodo del inicio de los síntomas del climaterio hasta la última menstruación.
- **Post menopausia:** intervalo comprendido entre 1 y 6 años posteriores a la menopausia.
- **IVU recurrente:** dos episodios de cistitis bacteriana aguda comprobados por cultivo y síntomas asociados en seis meses o tres episodios en un año.
- **Cistitis bacteriana aguda:** infección del tracto urinario comprobada por cultivo con un patógeno bacteriano asociado con síntomas de inicio agudo como disuria junto con grados variables de aumento de la urgencia y frecuencia urinaria, hematuria e incontinencia nueva o que empeora.
- **Bacteriuria asintomática:** presencia de bacterias en la orina que no provocan enfermedad ni síntomas.
- **Primera entrega de planificación familiar en el ISSS:** es la primera vez que se le entregan anticonceptivos a una usuaria en el componente de planificación familiar en cualquier centro de atención del ISSS.
- **Entrega subsecuente de planificación familiar en el ISSS:** son las entregas y administración de insumos anticonceptivos que se hacen a una usuaria después de la primera entrega, siempre y cuando no sea por cambio de método.
- **Usuaría/usuario activo de planificación familiar:** es toda mujer menor de 50 años u hombre menor de 70 años, que habiendo ingresado al componente de planificación familiar del ISSS, está utilizando un método anticonceptivo brindado por la institución al momento de realizar el recuento estadístico, cuyas fechas establecidas son de 30 de junio y 31 de diciembre de cada año.
- **Usuaría/usuario inactivo de planificación familiar:** es toda mujer menor de 50 años u hombre menor de 70 años, que habiendo utilizado un método anticonceptivo temporal brindado por el ISSS, presenta ausentismo por un período de 6 meses contado a partir del último control o visita de entrega en el caso de los anticonceptivos orales, inyectables mensuales y preservativos; o un año para el DIU, implante e inyectable trimestral.
- **Usuaría/usuario faltista de planificación familiar:** es toda mujer u hombre que presenta ausentismo en el mes correspondiente a su cita programada, tanto de consultas y/o abastecimientos y no ha cumplido 6 meses o un año de inactividad.
- **Trastorno mental común (TMC):** se entiende por todas aquellas entidades nosológicas que se caracterizan por síntomas y síndromes tales como: ansiedad, depresión, abuso de alcohol, somatización, dolencias inespecíficas, dificultades adaptativas, alteraciones del sueño y que se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE 10: F10-F18 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo

de sustancias psicotrópicas, F32 episodios depresivos, F41 trastornos de ansiedad, F43 reacciones a estrés grave y F90 Trastornos hiperkinéticos.

- **Trastorno mental grave (TMG):** engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con persistencia sintomática en el tiempo, que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida, funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada y se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE-10: F00-F03 demencia F19, trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de múltiples sustancias psicoactivas, F20-29 psicosis, F30-31 trastorno afectivo bipolar, F84.0 trastorno generalizado del desarrollo, X60-X84 autolesiones/ suicidio.

XVII. Bibliografía

1. Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS (noviembre 2016)
2. Uso de terapia de reemplazo hormonal (enero 2019).
3. Norma de referencia, retorno e interconsulta ISSS (marzo 2020).
4. Manual de procedimientos de radiología e imágenes del ISSS.
5. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS (3ra. edición). Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Centro Latinoamericano de Perinatología de la Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/MSR. Publicado el 06 Abril 2011.
6. Lineamientos para la atención integral de salud a la mujer en periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido (julio 2017).
7. Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Pre Concepcional, Parto, Puerperio y al recién Nacido, MINSAL, El Salvador 2011.
8. Clinical Cases in Urology: Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women (2019), Asociación Americana de Urología.
9. Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing, NICE guideline, Published: 31 October 2018, www.nice.org.uk/guidance/ng109

XVIII. Anexos

Anexo 1. Hoja filtro preconcepcional



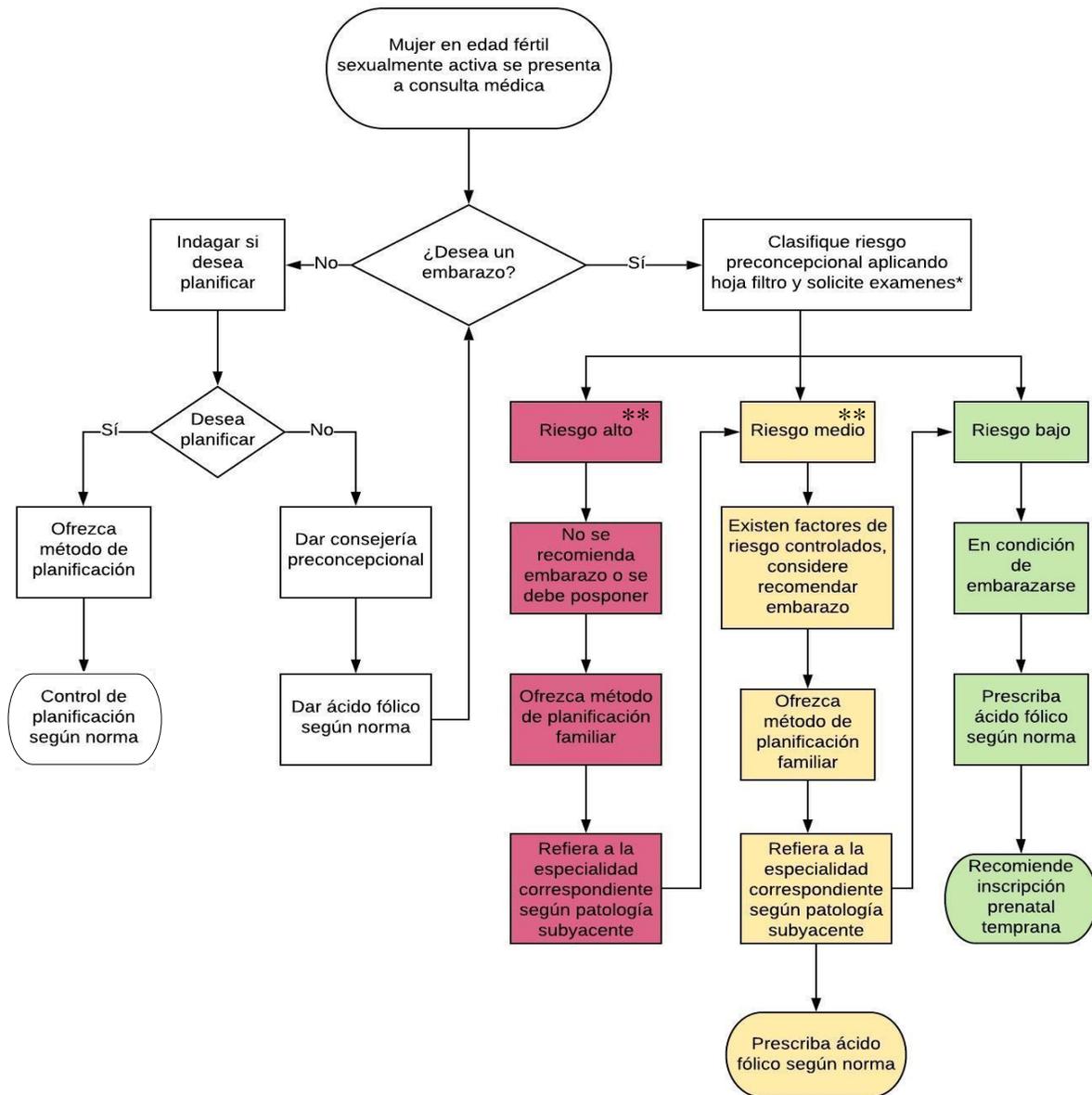
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LA MUJER
HOJA FILTRO PRECONCEPCIONAL

¿DESEA EMBARAZO?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INDICACIÓN	NO SE RECOMIENDA EMBARAZO O SE DEBE POSPONER	¿EXISTEN FACTORES DE RIESGO?	EN CONDICIÓN DE EMBARAZARSE
CLASIFIQUE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:	RIESGO ALTO Considerar al menos un (1) criterio en esta categoría ■	RIESGO MEDIO Considerar uno o más criterios en la categoría ■	RIESGO BAJO Considerar todos los criterios en la categoría ■
Significado	Peligro para la mujer o el feto	Puede haber peligro, se debe tratar o ponderar el riesgo con el beneficio	Condiciones adecuadas para el bienestar de la madre y el feto
Edad (años)	≤ 19	≥ 35	20 a 34
IMC Kg./m ²	≤ 18.5 o ≥ 30	25 a 29.9	18.5 a 24.9
Hemoglobina gr./dl	≤ 7	7 a 12	≥ 12
ITS	Si, sin tratamiento	Si, en tratamiento	No
Mujer viviendo con VIH/SIDA	Si, sin tratamiento	Si, en tratamiento	No
Antecedente de Zika		Si	No
Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas		Si	No
Consumo de cigarrillos, alcohol o drogas	Si		No
Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos, muerte perinatal, peso bajo al nacer o prematuridad		Si	No
Antecedente de malformaciones congénitas mayores	Si		No
Enfermedades crónicas (Hipertensión arterial, endocrinopatías, colagenopatías, síndrome convulsivo, cardiopatías, asma bronquial, diabetes mellitus, trombosis venosa profunda)	Sin control	Controladas	No tiene
Situación de violencia (intrafamiliar, sexual)	Si		No
Riesgo psicosocial (Trastornos de la salud mental, inaccesibilidad de los servicios de salud, prácticas sexuales de riesgo, unión inestable, delincuencia, pobreza extrema, analfabetismo, baja	Si		No
IVU crónica	Si		No
Cirugía previa del tracto reproductivo (cesárea previa, miomectomía, resección de tabique, conización)		Si	No
Antecedente obstétrico de riesgo (Embarazo múltiple, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia pos parto, infección puerperal, isoimmunización Rh, enfermedad gestacional del trofoblasto, embarazo ectópico)		Si	No
Carga laboral alta (≥10 horas por día; ≥6 horas de pie al día)		Si	No

Fuente propia, elaborada por la Sección de APS y Coordinación Institucional de Ginecología abril 2020.

Siguiendo la semaforización, comience por la columna roja, si hay un solo criterio de esta columna, asigne esta clasificación; si no cumple con los criterios de la columna roja, pase a la siguiente casilla amarilla y revise todos los criterios, si cumple con alguno de esta columna asigne esta clasificación; si no hay criterios de la columna amarilla, clasifique como se designa en la columna verde y siga el plan de manejo correspondiente a la clasificación de riesgo. Esta hoja servirá como apoyo en la consulta para clasificar a la paciente según riesgo (independientemente desee embarazo o no) y darle el manejo adecuado.

Anexo 2. Algoritmo de atención a la mujer en la etapa preconcepcional



*Exámenes: Típo y RH, VIH, Hemograma, RPR, examen general de orina, hemograma y otros exámenes de laboratorio y gabinete según riesgo detectado. Si existe factor de riesgo de diabetes indicar glicemia.

** Registre en el censo diario de consulta como alto riesgo reproductivo.

Fuente propia, elaborada por la Sección de APS y Coordinación Institucional de Ginecología abril 2020.

Anexo 3. Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISION POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

LINEAMIENTOS PARA LA ADECUADA PRESCRIPCIÓN DE ACIDO FOLICO EN EL ISSS.

- I. Debido a que muchos embarazos no son planificados, acudiendo tardíamente a su control prenatal y que los defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas se pueden prevenir con una ingesta adecuada de Ácido Fólico antes y en el embarazo temprano (3-4 semanas después de la concepción), todas las mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad) que han conservado la fertilidad, es decir, no se les ha practicado esterilización quirúrgica y por lo tanto cabe la posibilidad de un embarazo, **se les debe prescribir Ácido Fólico durante su control médico de rutina** (Consulta de: Control prenatal, ginecológica, toma de citología cervicovaginal y preparación preconcepcional de mujeres inscritas al Subprograma de Planificación Familiar, etc) **según el grupo de riesgo**, informándoles acerca de los beneficios del uso de este micronutriente.

- II. **Requerimientos de Ácido Fólico en mujeres en edad reproductiva según grupos de riesgo:**
 - A. **Grupo de BAJO RIESGO:** Mujeres que planean o tienen posibilidad de embarazarse y no poseen ellas ni su pareja historia personal o familiar de defectos del tubo neural u otras anomalías congénitas sensibles a folato (*defectos cardíacos, anomalías del tracto urinario, paladar hendido, labio leporino e hidrocefalia congénita*), requieren una dieta alimentaria rica en folato.
Prescripción/dosis
Se les prescribirá 1 tableta oral diaria de multivitaminas prenatales (contienen 0.4 a 1.0 mg de ácido fólico) durante al menos 3 meses previos a la concepción, durante todo el embarazo y 4 a 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Se debe aconsejar al paciente que debe tomar **SOLO una tableta al día** de multivitaminas prenatales, de preferencia por la mañana después de la primera comida.
No tomar más de una tableta al día.

- B. **Grupo de RIESGO AUMENTADO O ALTO:** Mujeres que planean o tienen posibilidad de embarazo, y presentan al menos una de las siguientes condiciones o co-morbilidades (Condición 1 a 5) o lo presenta su pareja masculina (Condición 1 ó 2): Requieren una dieta alimentaria rica en folato+ suplemento de Ácido Fólico.

1. **Historia de Defectos del Tubo Neural:** En la mujer o su pareja, en un embarazo previo o en un familiar en primer o segundo grado de consanguinidad.



2. **Historia personal o familiar de anomalías congénitas sensibles a folato** (defectos cardíacos, anomalías del tracto urinario, paladar hendido, labio leporino e hidrocefalia congénita).
3. **Obesidad o Diabetes materna tipo I o II.**
4. **Interacciones farmacológicas que interfieren con la utilización de Ácido Fólico:** Anticonvulsivantes como Carbamazepina, Acido Valpróico, Fenitoína, y Fenobarbital (Incremento en el metabolismo), Metformina, Metotrexato y Cloranfenicol (Reducción de la actividad biológica del Ácido Fólico) Sulfasalazina (deterioro en la absorción), Primidona, Triamtireno, Trimetoprim y Colestiramina.
5. **Condiciones maternas de malabsorción gastrointestinal:** Enfermedad de Crohn's, Enfermedad Celíaca Activa, cirugía de bypass gástrico, enfermedad hepática avanzada, diálisis renal, abuso de alcohol o tabaco, son algunas condiciones médicas o quirúrgicas que reducen los niveles de folato.

Prescripción/dosis

Prescribir una tableta oral diaria de Ácido Fólico 5 mg durante al menos 3 meses antes de la concepción hasta las 12 semanas de edad gestacional, CAMBIANDO a partir de este momento a 1 tableta diaria vía oral de multivitaminas prenatales (conteniendo 0.4 a 1.0 mg de ácido fólico) durante todo el embarazo, y 4 a 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.

Información al paciente

Se debe aconsejar al derechohabiente que debe tomar SOLO una tableta al día de preferencia por la mañana después de la primera comida. No tomar más de una tableta al día.

Tabla resumen de Requerimientos de Ácido Fólico según grupos de Riesgo

GRUPO DE RIESGO	Requerimiento y fuentes de Ácido fólico	Prescripción/dosis
RIESGO BAJO	0.4 a 1.0 mg de Ácido fólico <ul style="list-style-type: none">• Dieta rica en folato.• Multivitaminas prenatales	Multivitaminas prenatales tableta (0.4 a 1.0 mg de ácido fólico) 1 tableta diaria vía oral: <ul style="list-style-type: none">• 3 meses previos a la concepción,• Durante todo el embarazo y• 4 a 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.
RIESGO AUMENTADO O ALTO	5 mg de Ácido Fólico Dieta alimenticia rica en folato. Suplemento de ácido fólico	Ácido fólico 5 mg tableta. 1 tableta diaria vía oral <ul style="list-style-type: none">• 3 meses antes de la concepción• hasta las 12 semanas de edad gestacional. CAMBIANDO a partir de este momento a Multivitaminas prenatales tableta: 1 tableta diaria vía oral: <ul style="list-style-type: none">• 3 meses previos a la concepción,• 4 a 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.

Anexo 4. Hoja filtro prenatal

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD HOJA FILTRO																																														
Nombre del paciente: _____						N° Expediente: _____																																								
I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">1</th> <th colspan="2">2</th> <th colspan="2">3</th> <th colspan="2">4</th> <th colspan="2">5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="10" style="text-align: center;">Fecha</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> </tr> </table>							1		2		3		4		5				Fecha												No	Si								
		1		2		3		4		5																																				
		Fecha																																												
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si																																			
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.								X	X	X	X	X	X	X	X																															
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos								X	X	X	X	X	X	X	X																															
3. Peso al nacer del último bebé <2,500gr (5.4lb)								X	X	X	X	X	X	X	X																															
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000gr (>8.62lb)								X	X	X	X	X	X	X	X																															
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)								X	X	X	X	X	X	X	X																															
6. Cirugías previas del tracto reproductivo miomectomía, resección de tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.								X	X	X	X	X	X	X	X																															
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.								X	X	X	X	X	X	X	X																															
8. Antecedentes de parto difícil (presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)								X	X	X	X	X	X	X	X																															
9. Antecedentes de hemorragia posparto en embarazo previo								X	X	X	X	X	X	X	X																															
10. Madre Rh (-) con antecedentes de isoinmunización Rh.								X	X	X	X	X	X	X	X																															
11. Malformaciones congénitas previas								X	X	X	X	X	X	X	X																															
II. HISTORIA MÉDICA GENERAL						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">1</th> <th colspan="2">2</th> <th colspan="2">3</th> <th colspan="2">4</th> <th colspan="2">5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> </tr> </table>							1		2		3		4		5				No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si												
		1		2		3		4		5																																				
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si																																			
12. Diabetes (tipo I, II o gestacional)																																														
13. Trastornos neurológicos (epilepsia, parálisis, ACV previo, anomalía de columna, entre otros)																																														
14. Trombosis venosa profunda (actual o previa).																																														
15. Cardiopatía (congénita o adquirida)																																														
16. Consumo de drogas o alcohol																																														
17. Trastornos depresivos																																														
18. Trastornos de ansiedad.																																														
19. Cualquier enfermedad o afección médica severa, por favor especifique.																																														
III. EMBARAZO ACTUAL						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">1</th> <th colspan="2">2</th> <th colspan="2">3</th> <th colspan="2">4</th> <th colspan="2">5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Si</th> </tr> </table>							1		2		3		4		5				No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si												
		1		2		3		4		5																																				
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si																																			
20. Embarazada <15 años ó >35 años de edad.																																														
21. Estado nutricional IMC <18.5KG/M ² ó >40 KG/M ²																																														
22. Presión arterial ≥140/90 mm de Hg.																																														
23. Violencia basada en género (intrafamiliar/sexual)																																														
24. Embarazo no deseado																																														
25. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple																																														
26. Discordancia entre edad Gestacional y altura uterina o sospecha de restricción de crecimiento intrauterino.																																														
27. Diagnóstico o sospecha de embarazo prematuro o inmaduro																																														
28. Hemorragia vaginal																																														
29. Placenta previa total en embarazo de 20 semanas o más																																														
30. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA/sifilis)																																														
31. Existencia de otros síntomas de alarma: dolor de cabeza, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, problemas visuales, visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.																																														
32. Masa pélvica																																														
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BÁSICO?																																														
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO será referida al establecimiento:																																														
Sellos y Firmas:																																														

C. 3AFI 888 130201821

Anexo 4. Hoja filtro prenatal

Instrucciones: La sección antecedentes obstétricos la llenará solo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.

La respuesta afirmativa de 1 o más criterios significa que la mujer no es elegible para recibir control prenatal básico (en el primer nivel) (utilizando la hoja de referencia y retorno) refiérela al control prenatal especializado (utilizando la hoja de referencia y retorno). Si el Ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado, deberá llenar una hoja filtro y actualizar según corresponda.

Para el ISSS se referirá al III nivel de atención las que presenten los numerales: 2, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 25, 29, 30, 31 y 32 positivos, excepto cesárea anterior.

Anexo 7. Hoja de consejería pre y post consulta



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER

HOJA DE CONSEJERÍA PRE O POST CONSULTA

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA PACIENTE

CALIDAD: A B P _____

OCUPACIÓN

DIRECCIÓN EXACTA (EN LÁPIZ)

N° DE AFILIACIÓN

MATERNO

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CLIMATERIO

PREVENCIÓN DE CÁNCER

EDAD: _____ AÑOS FUR: _____ G: _____ P: _____ P: _____ A: _____ V: _____

TOXOIDE TETANICO: ESQUEMA COMPLETO SI NO

1a DOSIS _____ 2a DOSIS _____ REF _____ REF _____

COMPONENTE MATERNO

FECHAS												
CONSEJERÍA	SI	NO										
LACTANCIA MATERNA												
NUTRICIÓN EN EMBARAZO												
SIGNOS DE ALARMA												
PLANIFICACIÓN FAMILIAR												
SALUD ORAL												
CONTROL PUERPERAL												
HÁBITOS E HIGIENE												
SEXUALIDAD Y VIOLENCIA												
PREPARACIÓN PARA EL PARTO												
VACUNACIÓN												
CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO												
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO CUIDADOS PRENATALES												
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:												
a) Copia DUI de ambos padres												
b) Traer nombre de niña o niño												
c) Carta de 12 semanas												
d) Carnet de Controles Prenatales												
NOMBRE DEL RESPONSABLE												

COMPONENTE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FECHAS												
CONSEJERÍA	SI	NO										
COMO USAR EL MÉTODO												
EFFECTOS SECUNDARIOS												
SIGNOS DE ALARMA												
CONSULTA SUBSECUENTE												
PREVENCIÓN ITS/VIH												
DOBLE PROTECCIÓN												
HÁBITOS E HIGIENE												
SEXUALIDAD Y VIOLENCIA												
NOMBRE DEL RESPONSABLE												

C. SAFISS 130201226

COMPONENTE CLIMATERIO

FECHAS												
	SI	NO										
CONSEJERIA												
SINTOMATOLOGIA												
OSTEOPOROSIS (FRAX)												
NUTRICION												
EJERCICIOS												
ORIENTACION TRH												
HÁBITOS E HIGIENE												
SEXUALIDAD Y VIOLENCIA												
NOMBRE DEL RESPONSABLE												

COMPONENTE PREVENCIÓN DE CÁNCER

FECHAS												
	SI	NO										
CONSEJERIA												
TOMA DE CITOLOGÍA												
TOMA DE MAMOGRAFÍA												
PREVENCIÓN ITS/VIH												
HÁBITOS E HIGIENE												
SEXUALIDAD Y VIOLENCIA												
NOMBRE DEL RESPONSABLE												

OBSERVACIONES _____

 Firma y sello

Anexo 8. Hoja de control puerperal



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
CONTROL PUERPERAL

Nombre: _____ Edad: _____ años

N° de Afiliación: _____ Fecha: _____

TA: _____ Peso: _____ Kg T°: _____ FC: _____

Episiotomía: Si No Paridad: _____

Parto: Normal: Cesárea: Causa de Cesárea: _____

Fecha del Parto: _____ Lactancia: Si No

Signos de Alarma	Si	No
1- Dolor Abdominal		
2- Fiebre		
3- Problemas para amamantamiento		
4- Sangrado abundante o fétido		
5- Dificultad para orinar o defecar		
6- Síntomas de Depresión		

Examen Físico	Normal	Anormal
1- Palidez en conjuntivas y palmas		
2- Mamas y pezones		
3- Útero		
4- Vulva, Vagina y Periné		
5- Loquios		
6- Secreciones		
7- Herida (Episiotomía o Herida operatoria)		

Examen Físico: _____

Se toma PAP: Si No **Se refiere a Planificación familiar:** Si No

DATOS DEL NIÑO

Sexo: F M Peso al nacer: _____ Grms. Talla al nacer: _____ Cms.

Indicaciones Médicas: _____

Nombre del Médico: _____
Firma y Sello _____

C. SAFISS:130201622

Anexo 9. Lista de verificación de embarazo



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EMBARAZO

Sello

Nombre del Paciente: _____

Nº de Afiliación: _____ Edad: _____

Realice a la usuaria las preguntas del 1-6 Cuando la usuaria conteste que "sí" a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones.

NO		SI
1	¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está dando pecho exclusivo o casi exclusivo y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
2	¿Se ha abstenido del coito desde su última menstruación o parto?	
3	¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
4	¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días (o hace menos de 12 días si la paciente piensa en utilizar un DUI ?	
5	¿Ha tenido una pérdida de embarazo o aborto en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si la paciente piensa en utilizar un DUI ?	
6	¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera consistente y correcta ?	

Aunque la usuaria haya contestado que "no" a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo. La paciente deberá esperar a su próxima menstruación o tendrá que usar una prueba de embarazo.

Si la usuaria contestó que "sí" al menos a una de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.

Firma y sello

C. SAFIS \$\$ 130201623

Anexo 10. Hoja de inscripción planificación familiar

EXAMEN GINECOLÓGICO										
GENITALES EXTERNOS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A	PROLAPSO UTERINO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	GRADO	<input type="checkbox"/>	VAGINA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A
CUELLO UTERINO:	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A	DOLOR A LA MOVILIZACIÓN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SANGRA AL CONTACTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	OBSERVACIONES							
TOMA PAP	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	UTERO: POSICIÓN	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> H	TAMAÑO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A	HISTEROMETRÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A	DOLOR A LA MOVILIZACIÓN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ENGROSADOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DOLOR A LA PALPACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ANEXOS: LIBRES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO								
TUMORES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO								
FONDOS DE SACO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> A								
TAMIZAJE SEGUN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MEDICA										
ESTA LACTANDO CON MENOS DE 6 SEMANAS POSPARTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SI, NO DAR:							
EDAD >= 35 AÑOS Y FUMA MAS QUE >=15 CIGARRILLOS/ DÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
HIPERTENSION: Sistólica >=140 O Diastólica >=100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
EDAD >= 35 AÑOS Y SUFRE MIGRAÑA SIN AURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
MIGRAÑA CON AURA A CUALQUIER EDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
ENFERMEDADES COMPLICADAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA/ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
ENFERMEDAD VASCULAR O DIABETES DE > 20 AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
CÁNCER CERVICOUTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DEU							
CÁNCER ENDOMETRIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DEU							
CÁNCER ACTUAL DE MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla ni el inyectable							
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA (GESTACIONAL MALIGNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DEU							
SANGRADO VAGINAL INEXPLICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DEU							
CIRROSIS GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
HEPATITIS ACTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
TUMORES HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla							
CERVICITIS PURULENTA ACTUAL, CLAMEDIA, GONORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DEU							
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI) ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DEU							
INFORMACIÓN CLAVE DE LA CONSEJERÍA										
SE INFORMÓ DEL MÉTODO ELEGIDO:			INFORMACIÓN CLAVE DE LA CONSEJERÍA							
MECANISMO DE ACCIÓN	<input type="checkbox"/>	TASA DE EFECTIVIDAD	<input type="checkbox"/>	EFFECTOS SECUNDARIOS	<input type="checkbox"/>					
USO CORRECTO	<input type="checkbox"/>	SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>					
MÉTODO ENTREGADO										
FECHA INICIO MÉTODO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
ANTICONCEPTIVO ORAL	<input type="checkbox"/>	NOMBRE	_____			DIU	<input type="checkbox"/>	TIPO	_____	
CONDONES	<input type="checkbox"/>	INY. MENSUAL	<input type="checkbox"/>	INY. TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/>	IMPLANTE	<input type="checkbox"/>	ESTERILIZACIONES	<input type="checkbox"/>	
OTROS	_____ INDICACIONES _____									
OBSERVACIONES	_____									
FECHA PRÓXIMA CONSULTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
RESPONSABLE										
NOMBRE PERSONA RESPONSABLE	_____						FIRMA Y SELLO	_____		

Anexo 11. Hoja de consulta subsecuente de planificación familiar



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD - COMPONENTE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONSULTA SUBSECUENTE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Centros de Atención: _____ Fecha de Consulta: _____

Nombre: _____ Edad _____ Años No. de Afiliación: _____

Temperatura _____ Peso _____ Libras T. A. _____ Control Subsecuente _____ Reinicio _____

Planificación Anterior Si ___ No ___ Método _____ Tiempo de uso _____ meses

A. O. _____ Marca _____ DIU _____ No Tipo _____ Fecha de inicio de método _____

Condomes _____ Tableta vaginal _____ Inyectables _____ Nombre _____ Norplant _____ Esterilización _____ Tipo _____

MELA _____ Método natural _____ Otro: _____ Ninguno _____

Lugar y fecha de inicio de método _____ ¿Ha suspendido el método? Si ___ No ___ Tiempo de uso de método: _____

HISTORIA Y HALLAZGOS:

Inflamación o Dolor Inusual en la Pierna	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dolor en el Abdomen, Pecho o Brazo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dolores Intensos de Cabeza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fiebre y/o Escalofríos sin causa aparente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sangrado Vaginal intenso o Prolongado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visión Borrosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Síntomas Gripales: Dolor Muscular, Fatiga	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Color Amarillento en la Piel	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

FUP _____ G _ P _ P _ A _ V _ * FUR _____ Duración ciclo: (días) Entre _____ y _____ Duración sangrado: (días) Entre _____ y _____

Sangrado intermenstrual SI ___ NO ___ Dismenorea SI ___ NO ___ Leucorrea SI ___ NO ___ Tipo _____

Lactancia materna SI ___ NO ___

Mamas N ___ A ___ Cabeza N ___ A ___ Tórax N ___ A ___ Abdomen N ___ A ___ Miembros N ___ A ___

Observaciones: _____

Genitales N ___ A ___ Vagina N ___ A ___ Cérvix N ___ A ___ Toma de P. A. P. SI ___ No ___

Fecha P. A. P. anterior: _____ Resultado: _____ Lugar de realización _____

Utero: Tamaño N ___ A ___ Posición A ___ M ___ P ___ Consistencia N ___ A ___ Movilidad N ___ A ___

Anexos SI ___ No ___ Engrosado SI ___ No ___ Dolor a la palpación SI ___ No ___

Observaciones _____ Presencia de hilos (DIU) _____

Diagnóstico _____ Indicaciones _____

Clasificación de la consulta: Normal _____ Morbilidad _____ Falla del método _____

Causa de la morbilidad: _____ Falla confirmada SI ___ No ___

METODO INDICADO

A. O. _____ Marca _____ DIU _____ No Tipo _____ Condomes _____ Tableta vaginal _____

Inyectables _____ Nombre _____ Norplant _____ Esterilización _____ Tipo: _____ MELA _____

Método Natural _____ otro: _____ Ninguno _____

Fecha próxima consulta _____ Nombre, Firma y Sello del Médico Responsable: _____

C. SAFISSS 130201236

Anexo 12. Reporte de falla de método de planificación familiar



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
 DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN EN SALUD
 PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER

SEGUIMIENTO DE USUARIAS CON FALLA A CUALQUIER MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PERIODO: _____

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

Nombre de Usuaría: _____ No Afiliación

Fecha de Consulta por falla ___/___/___ Calidad: A___ B___

Estado Civil: _____ Educación: _____

Edad: _____ Años G _____ P _____ A _____ V _____

(Marque con una "X" la casilla correspondiente)

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ORALES		DIU	INYECTABLES		ESTERILIZACIÓN		(OTROS)
	DOSIS BAJA	DOSIS ALTA		MENSUAL	TRIMESTRAL	FEMENINA	MASCULINA	
PREVID								
ACTUAL								

Fecha de Inicio del Método: _____

Lugar de Inscripción del Método: _____

Número de Meses de uso: _____ Meses

Confirma la falla reportada: SI _____ NO _____

Tiempo de amenorrea al momento del reporte _____ Semanas

Método de confirmación utilizado: _____

Se cumplió con la norma de entrega: SI _____ NO _____

Se cumplió con la norma en uso: SI _____ NO _____

Presentó alguna morbilidad previa: SI _____ NO _____

Se cumplió con norma de manejo de morbilidad: SI _____ NO _____

Considera que la falla se debió a:

1- LA PACIENTE 2- EL METODO 3- LOS SERVICIOS DE ENTREGA

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS:

Form. 120104-251-10-05
C.B. 104552

Anexo 13. Reporte de productos con defectos de calidad



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 DIVISION DE EVALUACION Y MONITOREO
 DEPARTAMENTO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE BIENES E INSUMOS

REPORTE DE PRODUCTO CON DEFECTO DE CALIDAD

Para Control de Calidad de: Medicamentos <input type="checkbox"/> Articulos Generales <input type="checkbox"/> Medico Quirúrgico <input type="checkbox"/>		SELLO
DEPENDENCIA NOTIFICANTE		FECHA:

ESPECIFICACIONES DEL PRODUCTO

DESCRIPCION SEGÚN LOM O CUADRO BASICO:	CODIGO ISSS:
NOMBRE COMERCIAL:	No. DE LOTE:
NOMBRE PRINCIPIO ACTIVO(S):	FECHA DE VENCIMIENTO:
FABRICANTE:	PRESENTACION:
	CONCENTRACION:

TIPO DE GESTION DE COMPR

LP LG CD No. CONTRATO/ORDEN DE COMPRA _____

Nota: Para este apartado, si no se cuenta con esta información dejar en blanco

NUMERO DE INVENTARIO	MARCA	MODELO	SERIE

ENVIA MUESTRAS? SI <input type="checkbox"/> CANTIDAD _____ NO <input type="checkbox"/>	EXISTENCIAS ACTUALES TOTAL DE UNIDADES CON ANOMALIAS: (En letras)
--	---

FRECUENCIA DEL DEFECTO DE CALIDAD

PRIMERA VEZ LA MISMA FALLA
 SUBSECUENTE CUANTAS _____ OTRA FALLA

DESCRIPCION DEL DEFECTO O FALLA DE CALIDAD:

REPORTE: FIRMA: NOMBRE: CARGO:	JEFE INMEDIATO DE QUIEN REPORTE FIRMA: NOMBRE: CARGO:
---	--

PARA USO DACABI
 MARGINADO



FORM. No. 512501-22-01-07
 59

Anexo 14. Reporte de sospecha de falla terapéutica



Reporte de Sospecha de Falla Terapéutica.

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA Y PLANIFICACION EN SALUD
DEPARTAMENTO DE FARMACOTERAPIA**

REPORTE DE SOSPECHA DE FALLA TERAPEUTICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	No. Afiliación	Sexo	Edad	Peso
		F M		

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

DATOS CLINICOS

Diagnósticos: (Incluir indicación de uso del medicamento)			
Medicamentos Utilizados	Dosis y Vía de Administración	Período de Administración	
		FECHA INICIO	FECHA FINAL
Descripción del Problema Detectado: _____			
Exámenes de Laboratorio Relevantes: _____			
Situación del Paciente: Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/>			

M
E
D
I
C
O

MEDICAMENTO REPORTADO

Código _____	Nombre Genérico _____
Nombre Comercial _____	Concentración _____
Presentación _____	Fabricante _____
	No. De Lote _____
Fecha de Fabricación _____	Fecha de Vencimiento _____
Forma de Adquisición	
UACI <input type="checkbox"/>	Donación Institucional <input type="checkbox"/>
Compra Directa <input type="checkbox"/>	Libre Gestión <input type="checkbox"/>

F
A
R
M
A
C
I
A

Médico que Notifica _____ Teléfono _____
NOMBRE Y FIRMA

Centro de Atención _____ Servicio _____

Fecha _____ Vo.Bo. Director. _____

Vo.Bo. Comité Local de Farmacoterapia: _____

Anexo 15A. Hoja de inscripción en el climaterio



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER
HOJA DE INSCRIPCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Nombre _____ # de registro o afiliación _____

Fecha ____/____/____ Hora ____:____ Edad ____ Años Estado civil _____

Referida por _____

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. Temperatura _____ °C. Pulso _____ Presión Arterial ____/____

IMC _____ Perimetro abdominal _____ cm.

Consulta por _____

Síntomatología	No	Si	Ocasional
Oleadas de calor			
Sudores			
Depresión			
Irritabilidad			
Perdida de libido			
Sequedad vaginal			
Trastornos menstruales			
Insomnio			
Cefalea			
Fatiga			
Artralgias			
Mialgias			
Trastornos de la micción			
Sexualmente activa			
Otros			

ANTECEDENTES PERSONALES

P. ____ P. ____ A. ____ V. ____ FUR. ____ / ____ / ____	MENARQUIA _____ años
EDAD DEL PRIMER PARTO _____	MENOPAUSIA _____ años

ANTECEDENTES	Si	No	ANTECEDENTES	Si	No
Ciclos regulares			Cáncer		
Afecciones ginecológicas:			TRH. Previa		
Cuales:			Tiempo de tratamiento		
			Anticoncepción previa		
Histerectomía			Varices sintomáticas		
Cual fue la indicación:			Trombosis		
			Hepatopatías		
Fecha:			Tabaquista		
Otras cirugías			Cafeísta		
Mastopatía			Etilista		
Cardiopatía			Ejercicio físico		
Antecedentes de fractura			Lactancia materna		

C. SAFISS 130201332

Anexo 15B. Hoja de inscripción en el climaterio

ANTECEDENTES FAMILIARES							
ANTECEDENTES	SI	QUIEN	NO	ANTECEDENTES	SI	QUIEN	NO
Cáncer de mama				Osteoporosis			
Cáncer de ovario				Hiperlipidemias			
Cáncer endometrial				Cardiopatías antes de los 50 años			
Cáncer de colon				Diabetes			
Cáncer gástrico							
Otros: _____							
HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO							
Cabeza: _____		Cuello: _____					
Axilas: _____		Pulmones: _____					
Corazón: _____							
Mamas: _____							
Abdomen: _____							
Pelvis: _____							
Miembros superiores: _____							
Miembros inferiores: _____							
Impresión diagnóstica _____							
Plan de manejo _____							
EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE							
EXAMENES	RESULTADOS	EXAMENES	RESULTADOS				
Hemograma Hb/plaquetas		Transaminasas					
Glucosa		General de orina					
Colesterol		Citología cervicovaginal					
Triglicéridos		Mamografía					
Otros _____							
ULTRASONOGRAFÍA PÉLVICA _____							
PLAN DE MANEJO: _____							
_____ Firma y sello de JVPM, Del Médico							

Anexo 16B. Hoja subsecuente climaterio

EXÁMENES					
FECHA DE CONSULTA / HORA					
HEMOGRAMA					
GENERAL DE ORINA					
TRANSAMINASAS					
COLESTEROL					
HDL - LDL					
TRIGLICÉRIDOS					
GLICEMIA					
CITOLOGÍA (PAP)					
ULTRASONOGRAFÍA PÉLVICA					
MAMOGRAFÍA					
ULTRASONOGRAFÍA DE MAMA					
OTROS					
COMENTARIOS DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA					

PLAN DE MANEJO _____

Firma y sello de JVPM. Del Médico

Anexo 17A. Hoja de evaluación de sospecha de osteoporosis



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD

HOJA DE EVALUACION PACIENTE CON SOSPECHA DE OSTEOPOROSIS
SOLICITUD DE DENSITOMETRÍA AXIAL

Nombre de Centro de Atención:			
Fecha:		Primera Vez	Subsecuente _____
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre del Paciente:			
Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/> Años Peso: <input type="text"/> Kg. Talla: <input type="text"/> Mts. IMC: <input type="text"/>
No. de expediente :			
CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO (CASOS DE PRIMERA VEZ)			
Nombre del Factor de Riesgo	SI	NO	
1- Edad > de 65 años			
2- Índice de Masa Corporal < de 20			
3- Antecedentes de fractura de cadera en sus Padres			
4- Antecedente personal de fractura por fragilidad después de los 40 años			
5- Tabaquismo activo			
6- Terapia con Prednisona a dosis mayor de 5 mg/día, por más de 3 meses			
7- Artritis Reumatoidea			
8- Ingesta de Alcohol > de 3 dosis/día			
9- Osteoporosis Secundaria:			
Hipertiroidismo no tratado de larga evolución: <input type="checkbox"/> Hipogonadismo: <input type="checkbox"/> Menopausia Precoz: <input type="checkbox"/> Amenorrea de larga evolución: <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I (Insulina dependiente): <input type="checkbox"/> Malnutrición o Malabsorción crónicas o Hepatopatía crónica: <input type="checkbox"/>			
PONDERACION FRAX: <input type="text"/> %			
Médico solicitante:	<input type="text"/>	Firma:	_____
Coordinador o Jefe de Área:	<input type="text"/>	Firma:	_____
Director Local:	<input type="text"/>	Firma:	_____

C. SAFISSS 130201441

Anexo 17B. Factores de riesgo de osteoporosis

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN
Edad	El modelo acepta edades entre 40 y 90 años. Si se introducen edades inferiores o superiores, el programa calculará probabilidades a 40 y 90 años, respectivamente.
Sexo	Hombre o mujer según corresponda.
Índice de Masa Corporal	Peso: Deberá describirse en kg. Estatura: Deberá describirse en cm.
Fractura previa	Una fractura previa hace referencia a una fractura ocurrida en la vida adulta de manera espontánea o a una fractura causada por un trauma que, en un individuo sano, no se hubiese producido. Describa sí o no (ver también notas sobre factores de riesgo).
Padres con Fractura de Cadera	Preguntas sobre la historia de fractura de cadera en la madre o padre del paciente. Describa sí o no.
Fumador Activo	Describa sí o no, dependiendo de si el paciente fuma tabaco en la actualidad (ver también notas sobre factores de riesgo).
Glucocorticoides	Describa sí en caso de que el paciente esté tomando corticosteroides actualmente o los ha tomado durante más de tres meses a una dosis equivalente a 5mg de prednisolona al día o más (o dosis equivalentes de otros corticosteroides) (ver también las notas sobre factores de riesgo).
Artritis Reumatoide	Describa sí, en caso de que el paciente tenga diagnóstico confirmado de artritis reumatoide. De lo contrario, describa no (ver también notas sobre factores de riesgo).
Osteoporosis secundaria	Describa sí cuando el paciente tiene un trastorno fuertemente asociado a osteoporosis. Ello incluye diabetes tipo I (insulino-dependiente), osteogénesis imperfecta del adulto, hipertiroidismo no tratado durante largo tiempo, hipogonadismo o menopausia prematura (<45 años), malnutrición o malabsorción crónicas o hepatopatía crónica
Alcohol, 3 o más dosis por día	Describa sí, en caso de que el paciente beba 3 o más dosis de alcohol por día. Una dosis de alcohol varía ligeramente entre países de 8-10g de alcohol. Esto equivale a una caña de cerveza (285ml), una copa de licor (30ml), una copa de vino de tamaño mediano (120ml), ó 1 copa de aperitivo (60ml) (ver también notas sobre factores de riesgo).
Densidad Mineral Ósea (DMO)	Considerar valor de la DENSIDAD MINERAL OSEA de cuello de fémur medida (en grs/cm ²).

Anexo 18A. Herramienta frax (mujer)

Edad en Años	CANTIDAD FACTORES DE RIESGO	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45
	0	2.4	2.2	2.1	1.8	1.6	1.4	1.2
	1	3.9 (2.7-5.8)	3.5 (2.4-4.9)	3.2 (2.2-4.5)	2.8 (1.9-3.9)	2.5 (1.7-3.4)	2.2 (1.4-3.0)	1.9 (1.3-2.6)
	2	6.3 (3.4-10)	5.5 (2.9-9.2)	5.0 (2.7-8.6)	4.4 (2.3-7.6)	3.8 (2.0-6.6)	3.3 (1.7-5.8)	2.9 (1.5-5.1)
50 a 54	3	9.9 (5.0-17)	8.5 (4.1-15)	7.7 (3.7-14)	6.7 (3.2-12)	5.8 (2.8-11)	5.1 (2.4-9.4)	4.4 (2.1-8.2)
	4	15 (8.6-24)	13 (7.1-21)	12 (6.2-19)	10 (5.3-16)	8.7 (4.6-14)	7.6 (4.0-13)	6.6 (3.4-11)
	5	24 (15-30)	19 (13-25)	17 (11-23)	15 (9.9-20)	13 (8.7-17)	11 (7.6-15)	9.7 (6.6-13)
	6	35	29	25	21	19	16	14
	0	3.3	2.9	2.7	2.4	2.1	1.8	1.6
	1	5.3 (3.8-7.8)	4.6 (3.2-6.5)	4.3 (2.9-5.8)	3.7 (2.5-5.0)	3.2 (2.2-4.4)	2.8 (1.9-3.8)	2.4 (1.7-3.3)
	2	8.6 (4.9-13)	7.3 (4.0-12)	6.6 (3.6-11)	5.7 (3.1-9.6)	4.9 (2.7-8.4)	4.3 (2.3-7.3)	3.7 (2.0-6.4)
55 a 59	3	13 (7.4-22)	11 (5.8-19)	10 (5.0-18)	8.6 (4.3-15)	7.5 (3.7-13)	6.5 (3.2-12)	5.7 (2.8-10)
	4	21 (12-31)	17 (10-26)	15 (8.4-24)	13 (7.2-21)	11 (6.2-18)	9.7 (5.3-16)	8.4 (4.6-14)
	5	31 (20-38)	25 (17-32)	22 (15-28)	19 (13-25)	16 (11-22)	14 (9.9-19)	12 (8.6-17)
	6	45	36	31	27	24	21	18
	0	4.8	4.1	3.8	3.3	2.8	2.4	2.1
	1	7.6 (5.6-11)	6.5 (4.6-8.8)	5.8 (4.1-7.7)	5.0 (3.5-6.7)	4.4 (3.0-5.8)	3.8 (2.6-5.0)	3.3 (2.2-4.3)
	2	12 (7.4-18)	10 (5.9-15)	8.9 (5.1-14)	7.7 (4.3-12)	6.7 (3.7-11)	5.8 (3.2-9.5)	5.0 (2.8-8.3)
60 a 64	3	19 (11-28)	15 (8.7-25)	13 (7.2-23)	12 (6.1-20)	10 (5.2-17)	8.7 (4.5-15)	7.5 (3.8-13)
	4	28 (18-39)	23 (15-34)	20 (12-30)	17 (10-26)	15 (8.8-23)	13 (7.5-20)	11 (6.4-18)
	5	40 (29-48)	33 (24-41)	28 (21-36)	25 (18-32)	21 (15-28)	19 (13-24)	16 (12-21)
	6	55	46	40	35	30	27	23
	0	6.9	5.8	5.2	4.4	3.8	3.3	2.9
	1	11 (8.2-14)	9.0 (6.6-12)	7.9 (5.7-10)	6.8 (4.8-8.8)	5.9 (4.1-7.6)	5.1 (3.5-6.5)	4.4 (3.0-5.7)
	2	17 (11-24)	14 (8.6-20)	12 (7.2-18)	10 (6.1-16)	8.7 (5.2-14)	7.7 (4.4-12)	6.6 (3.8-11)
65 a 69	3	25 (17-35)	21 (13-31)	18 (10-29)	15 (8.7-25)	13 (7.4-22)	11 (6.3-19)	9.9 (5.3-17)
	4	36 (25-48)	30 (20-42)	26 (17-38)	22 (15-33)	19 (12-29)	17 (10-26)	15 (9.2-22)
	5	49 (39-58)	42 (32-51)	36 (28-45)	32 (24-40)	27 (21-35)	24 (18-31)	21 (15-27)
	6	63	56	49	43	38	33	29
	0	10	8.4	7.3	6.2	5.3	4.6	3.9
	1	16 (12-19)	13 (9.6-16)	11 (8.1-14)	9.2 (6.9-12)	7.9 (5.8-10)	6.7 (4.9-8.6)	5.7 (4.2-7.4)
	2	24 (16-33)	19 (13-26)	16 (10-22)	14 (8.8-19)	12 (7.4-16)	9.9 (6.2-14)	8.4 (5.3-12)
70 a 74	3	36 (25-48)	29 (19-40)	24 (15-34)	20 (13-30)	17 (11-25)	14 (9.0-22)	12 (7.6-19)
	4	49 (38-62)	41 (31-55)	34 (25-47)	29 (21-41)	25 (18-35)	21 (15-30)	18 (12-26)
	5	63 (57-72)	56 (49-65)	47 (40-57)	41 (34-50)	35 (29-43)	30 (25-38)	26 (21-32)
	6	75	70	63	56	49	42	36
	0	14	12	9.8	8.3	7.1	6	5.1
	1	23 (17-32)	18 (13-24)	15 (11-18)	12 (9.3-15)	10 (7.8-13)	8.8 (6.6-11)	7.5 (5.5-9.2)
	2	34 (23-48)	28 (18-38)	22 (14-30)	19 (12-25)	16 (10-21)	13 (8.4-17)	11 (7.1-15)
75 a 79	3	48 (33-64)	41 (27-55)	33 (21-46)	28 (18-39)	23 (15-33)	20 (12-28)	16 (10-24)
	4	62 (47-74)	56 (40-70)	47 (33-61)	40 (28-54)	34 (24-47)	29 (20-40)	24 (16-34)
	5	73 (62-80)	70 (57-78)	63 (51-72)	56 (44-65)	49 (38-58)	42 (33-50)	35 (28-44)
	6	81	80	77	71	64	57	50
	0	17	14	12	9.7	8.2	6.9	5.8
	1	26 (19-37)	21 (16-29)	17 (13-22)	14 (11-18)	12 (9.0-15)	10 (7.5-12)	8.5 (6.3-9.9)
	2	38 (26-52)	31 (21-43)	26 (17-35)	21 (14-29)	18 (12-24)	15 (9.8-20)	12 (8.1-16)
80 a 84	3	51 (37-65)	44 (31-59)	37 (25-49)	31 (21-42)	26 (17-36)	22 (14-30)	17 (10-26)
	4	64 (49-74)	59 (44-71)	51 (38-64)	44 (32-57)	38 (27-49)	32 (23-43)	27 (19-36)
	5	74 (62-80)	71 (58-78)	66 (53-74)	59 (46-67)	51 (40-60)	44 (34-53)	38 (29-46)
	6	81	80	78	72	66	59	51
	0	17	14	12	10	8.6	7.2	6.1
	1	26 (19-38)	22 (16-31)	18 (14-24)	15 (11-20)	13 (9.4-16)	11 (7.8-13)	8.8 (6.5-11)
	2	37 (26-52)	32 (22-44)	27 (18-37)	23 (15-31)	19 (12-25)	16 (10-21)	13 (8.4-17)
85 a 89	3	50 (35-64)	45 (31-58)	39 (27-51)	33 (22-44)	27 (18-37)	23 (15-31)	19 (12-26)
	4	62 (47-73)	58 (43-69)	52 (39-65)	45 (33-58)	39 (28-51)	33 (23-44)	27 (19-37)
	5	72 (59-78)	69 (56-77)	66 (53-74)	59 (46-68)	52 (40-61)	45 (34-54)	38 (28-47)
	6	78	78	76	71	65	58	51
	0	16	14	13	10	8.6	7.2	6
	1	25 (18-37)	22 (16-31)	19 (14-25)	15 (11-20)	13 (9.3-17)	11 (7.7-14)	8.8 (6.3-11)
	2	36 (25-51)	32 (21-44)	27 (18-37)	23 (15-31)	19 (12-25)	16 (10-21)	13 (8.2-17)
90 ó mas	3	48 (33-62)	43 (30-57)	39 (27-51)	33 (22-44)	27 (18-37)	23 (15-31)	19 (12-26)
	4	59 (44-70)	56 (41-67)	51 (38-64)	45 (32-57)	38 (27-50)	32 (22-43)	27 (18-36)
	5	69 (56-75)	67 (54-74)	64 (51-72)	57 (44-66)	51 (38-60)	44 (32-53)	37 (27-46)
	6	75	76	74	69	63	56	49

Anexo 18B. Herramienta frax

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA MAYOR EN HOMBRES INDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m²)

Edad en Años	CANTIDAD FACTORES DE RIESGO	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45
		0	1.7	1.6	1.6	1.4	1.2	1.1
	1	2.6 (1.8-3.9)	2.5 (1.7-3.6)	2.5 (1.7-3.5)	2.2 (1.4-3.0)	1.9 (1.3-2.6)	1.7 (1.1-2.3)	1.4 (1.0-2.0)
	2	4.2 (2.2-7.1)	3.9 (2.1-6.9)	3.8 (2.0-6.8)	3.3 (1.7-5.9)	2.9 (1.5-5.2)	2.5 (1.3-4.5)	2.2 (1.1-4.0)
50 a 54	3	6.5 (3.2-11)	6.0 (2.9-11)	5.8 (2.8-11)	5.0 (2.4-9.3)	4.4 (2.1-8.1)	3.8 (1.8-7.1)	3.3 (1.6-6.2)
	4	9.8 (5.2-16)	9.0 (4.7-15)	8.6 (4.4-14)	(3.8-12)	6.5 (3.3-11)	5.6 (2.8-9.5)	(2.5-8.3)
	5	15 (8.9-20)	13 (8.6-18)	13 (8.4-17)	11 (7.3-15)	6.3 (3-13)	8.2 (5.5-11)	(4.8-9.9)
	6					14	12	10
	0	2.1	2	1.9	1.7	1.5	1.3	1.1
	1	3.3 (2.2-4.8)	3.1 (2.1-4.3)	3.0 (2.0-4.1)	2.6 (1.7-3.5)	2.2 (1.5-3.0)	1.9 (1.3-2.6)	1.7 (1.1-2.3)
55 a 59	2	8.4 (4.3-13)	7.2 (3.7-12)	6.9 (3.4-12)	5.9 (2.9-11)	5.1 (2.5-8.0)	4.4 (2.2-8.0)	3.8 (1.4-5.5)
	3	11 (6.0-18)	11 (6.0-17)	10 (5.5-16)	9.2 (4.7-14)	7.6 (4.0-12)	6.5 (3.4-11)	5.6 (2.9-9.4)
	4	18 (11-23)	16 (10-21)	15 (10-20)	13 (8.7-17)	11 (7.5-15)	9.5 (6.5-13)	8.2 (5.6-11)
	5	26	23	21	18	16	14	12
	6							
	0	2.6	2.5	2.4	2.1	1.8	1.5	1.3
60 a 64	1	4.1 (2.9-5.9)	3.8 (2.6-5.3)	3.7 (2.5-5.0)	3.2 (2.1-4.3)	2.7 (1.8-3.7)	2.3 (1.6-3.1)	2.0 (1.4-2.7)
	2	6.4 (3.8-10)	5.9 (3.4-9.5)	5.6 (3.1-9.3)	4.8 (2.7-8.1)	4.1 (2.3-7.0)	3.5 (1.9-6.1)	3.0 (1.7-5.3)
	3	9.8 (5.8-15)	8.9 (5.0-14)	8.4 (4.4-14)	7.2 (3.7-12)	6.1 (3.2-11)	5.3 (2.7-9.2)	4.5 (2.3-8.0)
	4	21 (14-27)	19 (13-25)	18 (12-23)	15 (11-20)	13 (9.0-18)	11 (7.7-15)	9.5 (6.6-13)
	5	30	27	25	21	18	16	13
	6							
65 a 69	0	3.4	3.1	3	2.5	2.2	1.9	1.6
	1	5.3 (3.7-7.3)	4.8 (3.4-6.5)	4.5 (3.2-6.0)	3.9 (2.7-5.1)	3.3 (2.3-4.3)	2.8 (1.9-3.7)	2.4 (1.6-3.2)
	2	12 (7.7-17)	11 (6.7-17)	10 (5.8-16)	8.6 (4.9-14)	7.3 (4.1-12)	6.2 (3.4-10)	5.3 (2.9-9.0)
	3	17 (12-24)	16 (11-23)	15 (9.3-22)	13 (7.7-19)	11 (6.4-17)	9.0 (5.3-14)	7.7 (4.4-12)
	4	24 (17-31)	22 (16-29)	21 (15-27)	18 (13-24)	15 (11-20)	13 (9.2-17)	11 (7.8-15)
	5	33	31	29	25	21	18	15
70 a 74	0	4.5	4.1	3.8	3.2	2.7	2.3	1.9
	1	6.9 (4.9-8.8)	6.2 (4.5-7.9)	5.7 (4.1-7.3)	4.7 (3.4-6.2)	4.0 (2.8-5.2)	3.3 (2.4-4.4)	2.8 (2.0-3.7)
	2	16 (10-24)	14 (9.0-20)	12 (8.0-18)	10 (6.5-15)	8.6 (5.4-13)	7.1 (4.4-11)	5.9 (3.7-9.0)
	3	23 (15-32)	21 (14-29)	18 (12-26)	15 (10-22)	13 (8.2-19)	10 (6.7-15)	8.6 (5.5-13)
	4	32 (27-41)	30 (24-38)	26 (21-34)	22 (17-28)	18 (14-24)	15 (12-20)	12 (9.5-17)
	5	43	40	37	31	26	22	18
75 a 79	0	6	5.4	4.9	4	3.4	2.8	2.4
	1	9.8 (6.6-15)	8.5 (5.9-12)	7.4 (5.3-9.5)	6.1 (4.3-7.7)	5.0 (3.6-6.2)	4.1 (2.9-5.1)	3.4 (2.4-4.3)
	2	25 (18-33)	21 (15-29)	17 (11-25)	14 (9.7-20)	12 (7.0-17)	9.4 (5.7-14)	7.6 (4.6-11)
	3	34 (20-46)	30 (18-42)	26 (16-37)	22 (13-31)	18 (11-25)	14 (8.6-21)	12 (7.0-17)
	4	45 (31-55)	42 (29-52)	38 (27-47)	31 (22-40)	26 (18-33)	21 (15-28)	17 (12-23)
	5	57	54	51	44	37	31	25
80 a 84	0	7.1	6.2	5.5	4.5	3.7	3.1	2.5
	1	12 (8.0-18)	9.9 (6.9-15)	8.4 (6.1-12)	6.9 (4.9-9.3)	5.6 (4.0-7.5)	4.6 (3.2-6.0)	3.7 (2.6-4.8)
	2	18 (11-28)	15 (9.6-23)	13 (8.2-18)	11 (6.6-15)	8.5 (5.3-12)	6.9 (4.3-9.6)	5.6 (3.5-7.7)
	3	27 (16-39)	23 (14-33)	20 (12-28)	16 (10-23)	13 (8.0-18)	10 (6.4-15)	8.4 (5.1-12)
	4	37 (23-49)	33 (21-44)	29 (19-39)	24 (15-33)	19 (12-27)	16 (9.9-22)	13 (7.9-18)
	5	49 (34-58)	45 (31-54)	41 (28-49)	34 (23-42)	28 (19-36)	23 (15-30)	19 (13-24)
85 a 89	0	7.2	6.3	5.6	4.5	3.7	3	2.5
	1	12 (8.0-19)	10 (7.0-16)	8.7 (6.2-13)	7.0 (5.0-10)	5.7 (4.0-8.0)	4.6 (3.2-6.3)	3.7 (2.6-5.0)
	2	18 (11-29)	16 (9.9-25)	14 (8.5-20)	11 (6.8-16)	8.8 (5.4-13)	7.0 (4.3-10)	5.6 (3.5-8.0)
	3	27 (16-40)	24 (14-35)	21 (13-29)	17 (10-24)	13 (8.0-19)	11 (6.3-16)	8.6 (5.0-13)
	4	38 (23-49)	34 (21-45)	30 (19-40)	25 (16-34)	20 (12-28)	16 (9.9-23)	13 (7.8-19)
	5	49 (34-58)	46 (31-55)	42 (28-50)	35 (23-43)	29 (19-37)	24 (15-30)	19 (12-25)
90 ó mas	0	7.2	6.3	5.6	4.5	3.6	2.9	2.4
	1	12 (8.1-19)	10 (7.0-16)	8.8 (6.2-13)	7.1 (4.9-10)	5.6 (3.9-8.3)	4.5 (3.1-6.5)	3.6 (2.5-5.1)
	2	18 (11-30)	16 (9.9-25)	14 (8.6-21)	11 (6.8-17)	8.8 (5.4-13)	7.0 (4.3-10)	5.5 (3.4-8.3)
	3	27 (16-40)	24 (14-35)	21 (13-30)	17 (9.9-25)	13 (7.8-20)	11 (6.2-16)	8.5 (4.8-13)
	4	38 (23-50)	34 (21-45)	30 (19-41)	25 (15-34)	20 (12-28)	16 (9.7-23)	13 (7.7-19)
	5	49 (34-58)	46 (31-55)	42 (28-51)	35 (23-44)	29 (19-37)	24 (15-31)	19 (12-25)
6	60	58	54	47	40	34	28	

Anexo 19. Solicitud de mamografía de tamizaje

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER SOLICITUD DE MAMOGRAFIA DE TAMIZAJE							
MOMBRE					No. DE AFILIACIÓN		
EDAD	G	P	A	V	FUR	TRH	TIEMPO DE USO
						SI _____ NO _____	
Edad de la menarquia:					OBSERVACIONES		
Edad primer parto:							
Lactancia previa					SI	NO	
Anticoncepción hormonal					SI	NO	
Cáncer de mama en la familia					SI	NO	
Mamografía previa					SI	NO	
Ultrasonido previo					SI	NO	
Fecha:							
Cáncer endometrio					SI	NO	
Cáncer de colon					SI	NO	
Cáncer de ovario					SI	NO	
Cirugía de mama previa					SI	NO	
Fecha:							
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> NOMBRE, FIRMA SELLO DE MÉDICO QUE REFIERE					<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> CENTRO DE ATENCIÓN Y FECHA		SELLO

C. SAFISS 130201330

Anexo 20. Técnica de toma de citología

1. Las recomendaciones previas a la toma de la citología cérvico vaginal serán:
 - a. Tomarla preferentemente en período sin menstruación o sangramiento (aunque no es una contraindicación absoluta)
 - b. Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
 - c. No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra
 - d. El frotis será tomado antes del tacto vaginal y colocación de especulo sin gel.
 - e. No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra.
 - f. Para la toma de citología cérvico vaginal se utilizará espátula de Ayre Modificada, deberá tomarse primero muestra del exocervix y posteriormente el endocervix (en este caso se deberá utilizar el hisopo).
 - g. Las instituciones o establecimientos de salud deberán disponer de cepillo endocervical, para ser utilizados en los siguientes casos: cuellos de nulípara, mujeres posmenopáusicas, mujeres posterior a un parto por cesárea y en casos especiales post tratamiento (crioterapia, cerclajes, cono quirúrgicos, leep y otros).
2. Aspectos básicos para su realización:
 - a. La realización del PAP no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente.
 - b. Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir.
 - c. No realice el PAP si la paciente tiene sangramiento significativo u obvia inflamación.
 - d. El Standard de Oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endocervicales. Debe recordarse que la Unión Escamocolumnar se localiza más cercanamente al orificio externo en las mujeres jóvenes y dentro del canal endocervical en mujeres de mayor edad.
3. Para garantizar la calidad de la muestra se deben realizar los siguientes pasos para su identificación y traslado:
 - a. Previo a la toma de la muestra debe identificarse apropiadamente la laminilla colocando en forma clara y legible el número de registro de la paciente para evitar confusiones o errores de identificación.

- b. La hoja de reporte citológico estará llena adecuadamente.
- c. Las laminillas serán colocadas y transportadas en la caja porta láminas y deberán llegar al laboratorio de procesamiento y lectura de PAP dentro de la primera semana después de la toma de la muestra.
- d. Las laminillas estarán bien identificadas, íntegras, bien conservadas y la calidad del extendido y fijación será óptimo (extendido fino y aplicación delicada del spray o con alcohol etílico al 90°)

4. Extensión adecuada del material.

El material debe ser extendido de manera rápida en un solo sentido para evitar que se sequen y dañen las células, sobre las 2 superficies de la espátula, y corresponderá cada una a la mitad de la lámina o porta objeto. El extendido o frotis no debe quedar ni muy grueso ni muy fino. La extensión no se hace en zig-zag, ni en espiral, ni en remolino.

5. Fijación de la lámina.

- a. Fijación con citospray: Es muy importante que el tiempo transcurrido entre la recogida de la muestra y su fijación sea inmediatamente a la toma, a fin de evitar que se seque el material objeto de estudio.
- b. La fijación también puede hacerse utilizando citospray. La sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación. Si se utiliza citospray debe colocarse el frasco a 15 cm de distancia de la lámina y aplicar la nebulización 2 veces moviendo la mano en ambos sentidos.
- c. Para evitar que las láminas se peguen, si se utiliza el citospray, deben esperarse unos 10 minutos para su secado antes de juntarlas.
- d. Fijación con alcohol: Después de obtenido el frotis, la lámina debe fijarse inmediatamente con alcohol etílico al 90%, ya sea sumergidas o con atomizador.

El tiempo que media entre la fijación de las láminas y su coloración en el laboratorio no debe ser superior a los 10 días, por lo que el envío desde los sitios donde son tomadas debe tener una periodicidad semanal.



ADENDA # 1. 11-03-2021
NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición.
(Enero 2021)

La Subdirección de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través del Departamento de Normalización de la División Regulación, Normalización y Vigilancia, realiza la ADENDA # 1. 11-03-2021, para ser aplicada a la NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición. (Enero 2021).

1) A solicitud de Dr. José Guillermo Valdés Flores, Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Ginecología y Obstetricia), requiere sustitución en el apartado II. Atención Prenatal, Inmunizaciones, y 2) a solicitud de Dra. Ana Guadalupe Contreras de Miranda, Coordinadora Institucional de Odontología, requiere sustitución en el apartado II. Atención Prenatal, el literal 16, con el objetivo de mejorar la atención a la mujer en la atención prenatal.

II. Atención prenatal

1. En la que literalmente dice:

Inmunizaciones

3. Vacunación antitetánica (Td): Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano deberá recibir dos dosis de Td durante el embarazo: cumplir 1ª dosis de Td a partir de las 16 semanas de gestación, programar la 2ª dosis con dTpa, idealmente entre la semana 27 y 32.
 - En caso excepcional se puede administrar hasta la semana 36. Si no se cuenta con dTpa, se debe administrar Td 1 mes posterior a la aplicación de la primera dosis. Se continuará el esquema 1 año después, según el caso.
 - Si ya inició esquema, cumpla una dosis dTpa o Td, según disponibilidad durante el embarazo actual.
2. Vacunación anti-influenza estacional: cumplir a cualquier edad gestacional según las estrategias de campaña o programa regular.

Deberá leerse:

Las vacunas que se deben aplicar durante el embarazo son: influenza, Td y Tdpa.

1. Vacunación antitetánica.

- Las mujeres embarazadas que no hayan completado su serie primaria deben recibir 3 dosis, si el tiempo lo permite. Si no hay tiempo, administrar 2 dosis con un mínimo de 4 semanas y la segunda dosis debe administrarse al menos 2 semanas antes del parto.
 - A toda mujer embarazada que no ha sido vacunada o con esquema incompleto contra el tétano deberá aplicársele: una dosis de Td (Tétanos y Difteria) a partir de las 16 semanas de gestación y una segunda dosis con Tdpa (Tétanos, Difteria, Tosferina acelular) a partir de las 20 semanas de edad gestacional, hasta la fecha más próxima al parto. Respetando el intervalo mínimo entre cada dosis de 4 semanas.
 - Si la embarazada es inscrita después de las 20 semanas, se debe aplicar la primera dosis con Tdpa y a las 4 semanas, la segunda dosis con Td, cuando el esquema esté incompleto o no se pueda comprobar el esquema de vacunación.
 - En cada embarazo posterior se debe aplicar una dosis de Tdpa a partir de las 20 semanas de gestación.
 - Seis meses después aplicar Td y al año la cuarta dosis de Td, completando así el esquema. Aplicar los refuerzos cada 10 años.
 - Si no se cuenta con Tdpa se debe administrar Td 1 mes posterior a la aplicación de la primera dosis.
 - A toda mujer embarazada con esquema completo de vacunación, aplicar una dosis de Tdpa a partir de las 20 semanas de gestación.
2. Vacunación anti-influenza estacional: cumplir a cualquier edad gestacional según las estrategias de campaña o programa regular.

Las vacunas parenterales constituidas por virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, varicela,) están contraindicadas durante los tres meses previos al embarazo y durante el mismo.

Algunas vacunas de virus vivos atenuados (VPO, fiebre amarilla), pueden prescribirse valorando riesgo beneficio, cuando la posibilidad de exposición materna sea muy alta.

2. En la que literalmente dice:

17. Toda paciente embarazada será referida a Higiene Dental para su profilaxis a partir de su inscripción, según la Norma del Componente de Salud Bucal ISSS vigente.

Deberá leerse:

16. Toda paciente embarazada deberá ser referida al Programa de Salud Bucal para realización de tratamiento preventivo, curativo o ambos, a partir de su inscripción, según lo establece la Norma del Componente de Salud Bucal ISSS vigente, con el objetivo de fomentar y promover el autocuidado de la salud bucal de la mujer embarazada.

Se extiende la presente ADENDA # 1. 11-03-2021; NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición (Enero 2021).

San Salvador, a los once días del mes de marzo del año 2021.



Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala
Jefa Departamento de Normalización



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia

Dr. Carlos Mauricio Rubio Barraza
Subdirector de Salud



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General





INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN

ADENDA # 2. 14-09-2021
NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición.
(Enero 2021)

La Dirección General en coordinación con la Subdirección de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través del Departamento de Normalización de la División Regulación, Normalización y Vigilancia, realiza la ADENDA # 2. 14-09-2021, para ser aplicada a la NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición. (Enero 2021) a solicitud de Dr. Juan José Guzmán Terán, Colaborador Técnico de Salud II, Departamento de Atención en Salud, se requiere sustitución en el apartado XVIII. Anexos, Anexo 3. Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS, según la regulación de la prescripción de ácido fólico en el Listado Oficial de Medicamentos de junio 2021, con el objetivo de mejorar la atención a la mujer según grupos de riesgo.

XVIII. Anexos

Tabla resumen de Requerimientos de Ácido Fólico según grupos de Riesgo

GRUPO DE RIESGO	Requerimiento y fuentes de Ácido fólico	Prescripción/dosis
RIESGO BAJO	0.4 a 1.0 mg de Ácido fólico <ul style="list-style-type: none">• Dieta rica en folato.• Multivitaminas prenatales	Multivitaminas prenatales tableta (0.4 a 1.0 mg de ácido fólico) 1 tableta diaria vía oral: <ul style="list-style-type: none">• 3 meses previos a la concepción,• Durante todo el embarazo y• 4 a 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.
RIESGO AUMENTADO O ALTO	5 mg de Ácido Fólico Dieta alimenticia rica en folato. Suplemento de ácido fólico	Ácido fólico 5 mg tableta. 1 tableta diaria vía oral <ul style="list-style-type: none">• 3 meses antes de la concepción• hasta las 12 semanas de edad gestacional. CAMBIANDO a partir de este momento a Multivitaminas prenatales tableta: 1 tableta diaria vía oral: <ul style="list-style-type: none">• 3 meses previos a la concepción,• 4 a 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.

3. En la que literalmente dice:

Anexo 3. Lineamientos para la adecuada prescripción de ácido fólico en el ISSS

Deberá leerse:

Tabla resumen de requerimientos de ácido fólico según grupos de riesgo

Grupo de riesgo	Requerimiento y fuentes de ácido fólico	Prescripción / dosis
Riesgo bajo	0.4 a 1.0 mg de Ácido Fólico <ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en folatos • Multivitaminas prenatales 	Multivitaminas prenatales tableta (contiene 0.4 – 1.0 mg de ácido fólico). 1 tableta diaria vía oral con un tiempo de comida: <ul style="list-style-type: none"> • 3 meses previos a la concepción, • Durante todo el embarazo y • 4-6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.
Riesgo aumentado o alto	5 mg de Ácido Fólico <ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en folatos • Suplemento de ácido fólico. 	Ácido Fólico 5 mg tableta. 1 tableta diaria vía oral: <ul style="list-style-type: none"> • 3 meses previos a la concepción, • Hasta las 12 semanas de edad gestacional; A partir de las 12 semanas de gestación, suspender el uso de Ácido Fólico 5 mg tableta e iniciar Multivitaminas prenatales (contiene 0.4 – 1.0 mg de ácido fólico), 1 tableta diaria vía oral: <ul style="list-style-type: none"> • Desde las 12 semanas de gestación hasta 4 – 6 semanas posparto o mientras dure la lactancia.

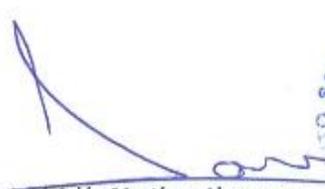
Fuente: Listado Oficial de medicamentos ISSS, Junio 2021.

Se extiende la presente ADENDA # 2. 14-09-2021; NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición (Enero 2021).

San Salvador, a los catorce días del mes de septiembre del año 2021.

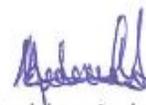


 Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala
 Jefa Departamento de Normalización



 Dr. José Adán Martínez Alvarenga
 Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia



 Dr. Carlos Mauricio Rubio Barraza
 Subdirector de Salud



 Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
 Directora General



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN

ADENDA # 3. 24-03-2022
NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición.
(Enero 2021)

La Dirección General en coordinación con la Subdirección de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través del Departamento de Normalización de la División Regulación, Normalización y Vigilancia, realiza la ADENDA # 3. 24-03-2022, para ser aplicada a la NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición (Enero 2021), a solicitud de Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández, Subdirector de Salud, de acuerdo a los "Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal", que son de carácter obligatorio y deben ser aplicados en todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y en relación a la "Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido", se requiere modificación en los apartados: de Atención preconcepcional, Atención prenatal, Atención del parto y Anexos:

I. Atención preconcepcional

✚ En la que literalmente dice:

Nota: La consulta preconcepcional debe brindarse a la pareja (preferentemente) y documentarlo en expediente.
Deberá leerse:

Nota: La consulta preconcepcional debe brindarse a la pareja (preferentemente) o acompañante (de su confianza) y documentarlo en expediente.

II. Atención prenatal

✚ En la que literalmente dice:

5. La inscripción prenatal será realizada por médico general, familiar, ginecólogo obstetra, materno fetal (perinatólogo), quien realizará historia clínica longitudinal y llenará completamente la **Historia Clínica Perinatal (HCP) (Anexo 5A y 5B)** y el **Carné Materno Perinatal (CMP) (Anexo 6A y 6B)** donde se registrará la intervención realizada, este último se le entregará a la paciente con toda la información completa. La consulta tendrá una duración de 20 minutos.
6. El control prenatal básico subsecuente será brindado por médico general, familiar y/o ginecólogo según disponibilidad del centro de atención, con una duración de 15 minutos por paciente.
7. En caso de control prenatal especializado de primera vez será atendido por médico ginecólogo y/o médico materno fetal (perinatólogo) con duración de 20 minutos y control subsecuente deberá ser de 15 minutos por paciente.

Deberá leerse:

5. La inscripción prenatal será realizada por médico general, familiar, ginecólogo obstetra, materno fetal (perinatólogo), quien realizará historia clínica longitudinal y llenará completamente la **Historia Clínica Perinatal (HCP) (Anexo 5A y 5B)** y el **Carné Materno Perinatal (CMP) (Anexo 6A y 6B)** donde se registrará la intervención realizada, este último se le entregará a la paciente con toda la información completa. La consulta tendrá una duración de 45 minutos.
6. El control prenatal básico subsecuente será brindado por médico general, familiar y/o ginecólogo según disponibilidad del centro de atención, con una duración de 30 minutos por paciente.
7. En caso de control prenatal especializado de primera vez será atendido por médico ginecólogo y/o médico materno fetal (perinatólogo) con duración de 45 minutos y control subsecuente deberá ser de 30 minutos por paciente.

✚ En la que literalmente dice:

Tabla 1. Plan de cuidado prenatal

Controles	Semanas de embarazo
1° Control (inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación.
2° Control	Entre las 16-18 semanas
3° Control	Entre las 26-28 semanas
4° Control	Entre las 32-34 semanas
5° Control	A las 38 semanas -40 semanas

Fuente Criterios de la Organización Mundial de la Salud.

Deberá leerse:

Tabla 1. Plan de cuidado prenatal

Controles	Semanas de embarazo
1° Control (inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación.
2° Control	A las 20 semanas
3° Control	A las 26 semanas
4° Control	A las 30 semanas
5° Control	A las 34 semanas
6° Control	A las 36 semanas
7° Control	A las 38 semanas
8° Control	A las 40 semanas: esta última tendrá lugar en el hospital exclusivamente para valoración de bienestar fetal (toma de monitoreo fetal y perfil biofísico) y citar a las 41 semanas de no iniciar espontáneamente el trabajo de parto.

Fuente: Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal. Año 2022.

✚ Se agrega:

Nota: en caso de que la inscripción prenatal se realice a edad gestacional temprana, deberá citar a un control subsecuente 4 semanas después.

Exámenes de laboratorio y gabinete básicos

✚ En la que literalmente dice:

2. **Tipeo sanguíneo y factor RH.** Verificar su existencia en expediente clínico por embarazos previos.

Deberá leerse:

2. **Tipeo sanguíneo y factor RH.** Verificar su existencia en expediente clínico por embarazos previos. Indicar **Tipeo sanguíneo y factor RH a la pareja de aquella mujer embarazada con tipeo Rh negativo.** Indicar profilaxis con gammaglobulina hiperinmune anti-D a mujeres si el tipeo RH de la pareja es positivo, a las 28 semanas de gestación.

✚ En la que literalmente dice:

8. **Ultrasonografía (USG):** se indicará a toda embarazada:
 - e) Al momento de la inscripción, idealmente entre las 11 y 13 semanas, para fechar el embarazo y tamizaje de anomalías riesgo obstétrico.
 - f) Realizar la segunda USG entre las 16 y 24 semanas de gestación, para medición de longitud cervical y morfología fetal.
 - g) Realizar la tercera USG entre las 32 y 36 semanas de gestación, para medición de líquido amniótico y bienestar fetal.
 - h) Cuando a criterio médico se considere conveniente.

Deberá leerse:

8. **Ultrasonografía (USG):** se indicará a toda embarazada:
 - a) Al momento de la inscripción, indicar USG entre las **11 y 14** semanas, para fechar el embarazo y tamizaje de anomalías riesgo obstétrico.
 - b) Realizar la segunda USG entre las **22 y 24** semanas de gestación, para medición de longitud cervical y morfología fetal.
 - c) Realizar la tercera USG entre las **32 y 34** semanas de gestación, para medición de líquido amniótico y bienestar fetal.
 - d) Cuando a criterio médico se considere conveniente.

✚ Se agrega:

Entre la semana 24 y 28 es de obligatoriedad realizar el segundo perfil con los siguientes exámenes:

7. **Urocultivo** (en caso excepcional de no contar con este examen, realizar examen general de orina o tira rápida de orina).

✚ Se agrega:

Perfil de tercer trimestre realizar los siguientes exámenes:

7. Hemograma completo, HIV, Reagina Plasmática Rápida (RPR), EGO, Urocultivo, Glicemia, Tira rápida de orina. (D/C Anemia, D/C Infección de vías urinarias y dar tratamiento correspondiente).

Consulta Prenatal subsecuente

✚ Se agrega:

6. Confeccionar el plan de nacimiento (en la consulta de las 32 o 36 semanas) en conjunto con la mujer embarazada y su acompañante, con el fin de conocer sus deseos y preferencias, y brindar información y opciones si las hubiera en torno a la atención del parto y nacimiento para garantizar el cumplimiento de este en la instancia correspondiente. Consignar en el expediente clínico que se desarrolla el plan de parto con la embarazada y su acompañante.
7. Brindar información sobre los Hogares de Espera Materna (HEM) como alternativa para su permanencia durante las últimas semanas de embarazo, así como también en otras situaciones relacionadas a su salud, a mujeres cuyas condiciones sociales lo requieran. En los HEM también funcionará la educación prenatal para las mujeres y sus acompañantes.

III. Atención del parto

✚ En la que literalmente dice:

En todo centro de atención en cuyo portafolio figure la atención de parto deberá actuarse según la estrategia del parto humanizado o respetado, que tiene como objetivo generar prácticas respetuosas, libres de violencia, e involucra una serie de medidas dirigidas a brindar las mejores condiciones para la mujer y su hijo durante el trabajo de parto.

Deberá leerse:

En todo centro de atención del ISSS, en cuyo portafolio figure la atención de parto deberá actuarse según los "Protocolos de asistencia para los períodos preconcepcional, prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo perinatal", de la "Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado cariñoso y Sensible para el recién Nacido", apartado C. Atención durante el trabajo de parto, parto y nacimiento.

✚ Se agrega:

Al finalizar el apartado de III. Atención del parto.

Nota: En todo centro de atención del ISSS, deberá actuarse según los "Protocolos de asistencia para los períodos preconcepcional, prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo perinatal", de la "Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado cariñoso y Sensible para el recién Nacido", establecidos en el apartado D. Atención al Recién Nacido.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO UNICO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Folio N°: colocar el número respectivo de la hoja del expediente de la persona usuaria.

N° de expediente: colocar el número de expediente según el establecimiento.

Nombre del establecimiento de salud: colocar el nombre del establecimiento donde se proporciona la atención.

I. Datos de identificación de la persona usuaria que recibe la atención.

Nombre: colocar los nombres y los apellidos, conforme al DUI.

Edad: años y meses cumplidos en números; Sexo: femenino o masculino; Profesión u oficio: consignar el nombre conforme al DUI.

Número de Documento único de Identidad: especificar en números.

II. Datos de la persona que otorga el consentimiento informado en caso de no ser la persona usuaria que recibe la atención.

Nombre: colocar los nombres y los apellidos, conforme al DUI.

Edad: en números, años y meses cumplidos; Sexo: femenino o masculino.

Profesión u oficio: consignar el nombre conforme al DUI.

Domicilio: incluir nombre del departamento y municipio.

Número de Documento único de Identidad: especificar en números.

Vínculo familiar o legal: grado de parentesco o tipo de representación.

Tipo de documento que acredita la calidad de representación: consignar el nombre del mismo.

Si la persona que recibe la atención es niño, niña, adolescente, debe otorgar el consentimiento informado el padre, madre, tutor o representante legal, en caso de la ausencia de estos el Procurador General de la República o su representante.

III. Desarrollo del consentimiento informado.

Este se debe obtener posterior a la evaluación y análisis pertinente de la necesidad específica de tratamiento terapéutico, investigación, procedimiento que implican un riesgo de sufrir un daño en su organismo y que el usuario debe decidir libre, voluntaria y consciente; así mismo es de obligatorio cumplimiento conforme las disposiciones legales pertinentes, que después de haberle dado verbalmente la explicación a la persona usuaria, el profesional de salud debe consignar en el formato de consentimiento informado, fundamentalmente lo siguiente:

- a) Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- b) Riesgos generales y específicos personalizados.
- c) Beneficios esperados y alternativas diagnósticas o terapéuticas.
- d) Información del derecho a aceptar o rechazar lo que se propone para su salud.
- e) Explicarle sobre el derecho de guardar la confidencialidad del uso de la información sobre su salud.

Se debe recordar que existen excepciones para obtener el consentimiento informado cuando:

- a) Se encuentre inconsciente o en estado psicótico, que el impida tomar decisiones,
- b) Exista riesgo para la vida de acuerdo a la ciencia médica.
- c) Exista riesgo para la salud pública por razones sanitarias, establecidas por la ley.

IV. Datos de identificación del profesional de salud que desarrolla el consentimiento informado.

Nombre: establecer el nombre completo del profesional de salud que desarrolla y obtiene el consentimiento informado.

Profesión: establecer el nombre completo de la profesión que por ley ejerce.

Lugar y fecha: consignar el nombre del lugar en donde se otorga el consentimiento informado.

Firma y sello del profesional de salud: consignar la firma y estampar el sello del profesional.

Observaciones: consignar la negativa de la persona usuaria a las actuaciones sanitarias, la persona debe firmar siempre el formulario de consentimiento informado, si es posible establecer las razones de su negativa; así como otros aspectos que el personal de salud estime pertinente.

✚ Se agrega:

Anexo 22. Hoja de tamizaje en violencia en mujeres.



Hoja de tamizaje en violencia en mujeres

Número de expediente:

Fecha:

Tamizaje para detectar violencia en mujeres		Si	No
1	¿En qué momento. Tiene usted miedo de que su pareja, novio o compañero la agrede verbalmente, maltrate o golpee?		
2	¿Su pareja, novio o compañero le impide ver a su familia o tener contacto con sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, además de ser demasiado celoso?		
3	¿Alguna vez, su pareja, novio o compañero le ha insultado verbalmente, amenazado de muerte o le ha golpeado?		
4	¿Su pareja, novio o compañero le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
5	¿Se ha sentido humillada por su pareja por comentarios sobre su actividad sexual, por su cuerpo o por no ser físicamente/sexualmente atractiva?		
6	¿Alguna persona le ha pedido tener sexo a cambio de algo? (obtener o conservar un trabajo, por préstamo d dinero, proporcionar alimentos, ropa viajes, estudios, joyas)		
7	¿Su pareja, novio o compañero no le apoya económicamente en los gastos familiares, se ha quedado con sus bienes o le obliga a darle el dinero que usted gana?		
8	¿Cuándo existen conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?		
9	¿Su pareja, novio o compañero en algún momento le ha amenazado con pistola, cuchillo o alguna otra arma similar?		
10	¿Su pareja, novio o compañero minimiza o niega el abuso en su contra, y le culpa a usted por el comportamiento abusivo de él?		
11	En caso de tener hijos, ¿su pareja, novio o compañero le ha amenazado con quitarle a los niños(as) y le dice que va a hacerle daño a usted y/o a sus niños(as)?		
12	¿Su pareja, novio o compañero toma alcohol constantemente, se ha drogado o le ha amenazado con suicidarse si usted lo deja?		
13	¿Alguna vez ha deseado morirse, pensando o intentado dañar su cuerpo usted mismo?		

Nota: una respuesta positiva a cualquiera de estas preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia.

✚ Se agrega:

Anexo 23. Hoja de tamizaje de violencia en mujeres adolescentes y adultas embarazadas



Hoja de tamizaje de violencia en mujeres adolescentes y adultas embarazadas
Número de expediente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico de violencia en mujeres adolescentes y adultas embarazadas		Si	No
1	¿Usted deseaba tener un hijo?		
2	¿El embarazo ha sido planeado?		
3	¿Tiene el apoyo de su pareja respecto al actual embarazo?		
4	¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, le han impedido ver amigas/os, le han hecho o hacen cosas que usted no le gustan, le han gritado o amenazado?		
5	¿Su pareja, familiar u otra persona le ha impedido asistir a sus controles de embarazado o atender su salud cuando ha estado enferma?		
6	¿Su pareja, novio, familiar, amigo, vecino o desconocido, le ha obligado a tener relaciones sexuales, anales, orales, introducción de objetos en vagina, boca o ano, en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?		
7	¿Ha sido usted lastimada físicamente o golpeada por alguien?		
8	¿Alguien le ha ofrecido dinero, objetos de valor, alimentación u otros a cambio del niño o niña por nacer? (aplicar test específico para la detección de trata de personas)		
9	¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos/as?		

Nota: una respuesta positiva a cualquiera de estas preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia.

Se extiende la presente ADENDA # 3. 24-03-2022; NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, Cuarta Edición (Enero 2021).

San Salvador, a los veinticinco días del mes de marzo del año 2022.



Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala
Jefa Departamento de Normalización



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia



Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández
Subdirector de Salud



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
ENERO - 2021