



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

Código
LTAS-007

Versión
0.0

Aprobación
Diciembre 2024

Gerencia de Salud

Lineamientos Técnicos de Atención en Salud

**Preconcepcional, Alto Riesgo
Reproductivo, Depresión
Perinatal, Postnatal y Colposcopia
en el ISSS**

LTAS

AUTORIZADO

REVISADO

APROBADO



Dr. Edwin R. Salmerón H.
Gerente de Salud



Lcda. Rosa Alba de García
Jefatura Unidad de
Desarrollo Institucional



Dra. Mónica G. Ayala Guerrero
Directora General del ISSS



Contenido

- Portada
- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
 - A. Disposiciones Generales
 - B. Disposiciones Específicas
- VII. Responsabilidades en el proceso
- VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso
- IX. Anexos
- X. Registro de actualización del documento
- XI. Registro de Adendas

I. Propósito

Establecer las directrices para el llenado y uso de los formularios de la atención preconcepcional, alto riesgo reproductivo, trastornos mentales y del comportamiento en el período prenatal, así como colposcopia en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador
- Código Procesal Penal
- Código de Salud
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud
- Ley del Seguro Social
- Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido
- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022)



- Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer, ISSS
- Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS
- Norma para el Expediente Clínico en el ISSS
- Norma para la Operativización del Convenio: “Marco de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social” (elaborado por Unidad Técnica Normativa, mayo 2006)
- Lineamiento Técnico para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Prenatal, Parto, Puerperio y al Recién Nacido
- Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo. (MINSAL 2024)
- Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de la Mujer con Trastornos Mentales y del Comportamiento Prevalentes en el Período Perinatal (MINSAL 2023)
- Servicios en SSR para Atención de Emergencias o Desastres, MINSAL
- Protocolos de Asistencia para los Períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal
- Convenio Específico entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social para la Provisión de Servicios de Salud
- Instructivo para la Operativización de Convenio para la Prestación de Servicios de Salud entre el MSPAS y el ISSS (elaborado por MSPAS y el ISSS)
- Procedimiento “Atención de Pacientes Referidos por Instituciones Públicas o Privadas según Convenios y Trámites de Cobro por Servicios de Salud” (elaborado por Unidad Técnico Normativa, octubre 2006)
- Acuerdo Dirección General N° 2008-01-0026: Oficialización y Cumplimiento Obligatorio de los Documentos Técnicos Creados, Modificados o Actualizados por el Departamento de Desarrollo Institucional.

III. Alcance

Los presentes lineamientos son de observancia obligatoria para el personal de salud, personal técnico y de servicios de apoyo, como para el personal administrativo en el ámbito de sus competencias.



IV. Vigencia

El presente lineamiento tiene un período de vigencia de cinco años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior o afines incluidos en el mismo y puede ser modificado a partir de la solicitud de las partes interesadas.

V. Definiciones

- **Atención preconcepcional:** “La atención preconcepcional se define como el conjunto de atenciones que se brindan a las mujeres en edad reproductiva (18 a 49 años) previo al embarazo para identificar riesgos potenciales que pueden llegar a desarrollarse durante la gestación con el objetivo de lograr un estado de bienestar óptimo que favorezca el desarrollo de un futuro embarazo” (Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido).
- **Consulta preconcepcional:** Una vez identificado el deseo de embarazo en una mujer y su pareja, la atención inicia con una entrevista por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil) antes de la concepción, con el objetivo de detectar, intervenir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna (Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo. MINSAL 2024).
- **Alto riesgo reproductivo:** Es la probabilidad que una mujer en edad fértil o su hijo/a sufra un evento adverso durante el embarazo, parto o puerperio. Este riesgo puede deberse a factores biológicos, sociales, familiares o comportamientos sexuales de riesgo, entre otros (Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo. MINSAL 2024).
- **Factor de riesgo:** Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño (Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo. MINSAL 2024).
- **Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo (Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo. MINSAL 2024).
- **Salud reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción (Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo, MINSAL 2024).



- **Depresión perinatal:** Es un trastorno del estado de ánimo que ocurre durante el embarazo y el postparto, cuyos síntomas son tristeza, ansiedad y fatiga extrema que puede dificultar realizar sus tareas diarias y el cuidado de su bebé. Los síntomas pueden ir de leves a graves.
- **Colposcopia:** Procedimiento para el que se usa un instrumento con una lente de aumento y una fuente de luz (colposcopio) a fin de examinar el cuello del útero, vagina y vulva.
- **Violencia en mujeres adultas y adolescentes embarazadas:** Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos y la coacción a la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o en privado.

VI. Desarrollo

A. Disposiciones generales

1. Los directores, administradores, gerentes, jefes de servicios médicos y hospitalarios deben realizar las gestiones necesarias para implementar los "Lineamientos Técnicos de Atención en Salud Preconcepcional, Alto Riesgo Reproductivo, Depresión Perinatal, Postnatal y Colposcopia en el ISSS", en los centros de atención que brinden atención a mujeres.
2. Los directores, administradores, jefes de servicios, jefes de enfermería y servicios de apoyo del centro de atención, en el ámbito de sus facultades, serán responsables de la divulgación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en los presentes lineamientos técnicos de atención en salud.
3. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en este documento, en el apartado "Registros y Formularios utilizados en el Proceso" se detallará el nuevo código SAFISSS del SAP- S/4 HANA y el código anterior; los formularios actuales impresos con el código SAFISSS anterior se deberán seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.
4. Cuando los formularios digitales estén disponibles y actualizados en el expediente electrónico, deben completarse de acuerdo a los lineamientos establecidos en este documento.
5. Los formularios deben ser llenados completamente en forma física o digital según aplique.
6. Todo personal que brinda una atención directa a usuarios debe identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
7. La jefatura o responsable de la dependencia resguardará la documentación o formularios propios de su área por un período de 5 años y posteriormente realizará el descarte o depuración de los



mismos. A excepción de los documentos o formularios que tienen un período definido diferente por las leyes vigentes.

8. El personal de salud debe ofertar la consulta preconcepcional en todos los niveles de atención a todas las mujeres en edad reproductiva que deseen embarazo.
9. Para proporcionar la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil, el personal de salud aplica los "Lineamientos Técnicos para la Atención Preconcepcional y Alto Riesgo Reproductivo" emitidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) vigentes.
10. El personal de salud debe cumplir en la atención de la depresión perinatal y postnatal con los "Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de la Mujer con Trastornos Mentales y del Comportamiento Prevalentes en el Período Perinatal" así como con los "Lineamientos Técnicos para la Atención Psicosocial por Duelo Perinatal y Primera Infancia" vigentes, emitidos por el Ministerio de Salud Pública.
11. El personal de salud debe cumplir con los "Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino y de Mama" vigentes, emitidos por el Ministerio de Salud Pública en lo relacionado al procedimiento de colposcopia.

B. Disposiciones específicas

- **Referente al contenido del formulario Hoja Inscripción Consulta Preconcepcional**

12. El personal médico llena completamente la "Hoja Inscripción Consulta Preconcepcional" (C. SAFISSS 130100547) a las mujeres en edad fértil que reciben una consulta preconcepcional, con el objetivo de identificar factores de riesgo (ver anexo 1).
13. En los casos que al realizar la evaluación no se identifiquen factores de riesgo en la paciente, se continúa con el control preconcepcional.
14. La "Hoja de Inscripción de Consulta Preconcepcional" (C. SAFISSS 130100547) consta de los siguientes apartados:
 - a) Datos generales
 - b) Antecedentes patológicos familiares
 - c) Antecedentes patológicos personales
 - d) Antecedentes reproductivos
 - e) Otros antecedentes importantes
 - f) Examen físico
 - g) Índice de masa corporal
 - h) Factor de riesgo reproductivo identificado
 - i) Diagnóstico
 - j) Consejería
 - k) Referencia.



15. En el apartado de datos generales, debe completar la siguiente información:
 - a) Establecimiento: el personal de enfermería o colaborador clínico escribe el nombre del establecimiento.
 - b) Fecha: el médico escribe la fecha en números para día, mes y año.
 - c) Hora: el médico consigna la hora en que inicia la atención.
 - d) Número de expediente: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número de afiliación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 - e) Nombre: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe los nombres y apellidos de la mujer.
 - f) DUI: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número del Documento Único de Identidad de la mujer en números.
 - g) Edad: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe la edad en años cumplidos de la mujer.
16. En el motivo de la consulta, el médico anota la razón por la cual se consulta.
17. En la presente enfermedad, el médico describe la consulta.
18. El personal médico registra si la mujer en edad fértil desea o no embarazarse.
19. En los antecedentes patológicos familiares, el médico tratante debe marcar con una "X" la patología que corresponda.
20. En la sección de antecedentes patológicos personales, el médico marca con una "X" la patología correspondiente.
21. En la sección de antecedentes reproductivos marca con una "X" si es o no afirmativo. Escribir con letra clara y legible en los espacios que así lo requieran.
22. En el apartado de examen físico, se completa con letra clara y legible en los espacios designados por sistemas que así lo requieran y se marca con una "X" en los recuadros donde se afirmen o nieguen los hallazgos del examen físico.
23. El médico tratante consigna con letra clara y legible el factor de riesgo reproductivo identificado.
24. El diagnóstico se describe con letra clara y legible; en el caso de solo ser inscripción o control subsecuente, se coloca el código Z316 (consejo y asesoramiento general sobre la procreación).
25. En la sección de consejería se marcan con una "X" los apartados abordados en la misma.
26. Si la paciente será o no referida, se marca con una "X" lo que corresponda, así mismo escribe con letra clara y legible el centro al cual se refiere.



27. En el apartado del plan se afirma o niega, marcando con una "X" lo que incluya el plan. Si es necesario, se agrega con letra clara y legible algún otro medicamento indicado, así como otra interconsulta a realizarse que no se encuentre descrita en este apartado.
28. El médico marca con una "X" si la paciente es elegible o no para embarazarse actualmente.
29. En el apartado de anticoncepción se marca con una "X" si se le indicó o no un método anticonceptivo, anotando en el espacio en blanco el tipo de método prescrito.
30. El médico registra la fecha del próximo control.
31. Se consigna en el espacio establecido el nombre del médico con letra clara y legible, firma y se estampa el sello en el lugar correspondiente.

- **Referente al contenido del formulario Hoja de Seguimiento de Consulta Preconcepcional**

32. A todas las mujeres en edad reproductiva, a quienes se les proporciona el seguimiento preconcepcional, se llena completamente la "Hoja de Seguimiento de Consulta Preconcepcional" (C. SAFISS 130100548). Ver anexo 2.
33. La "Hoja de Seguimiento de Consulta Preconcepcional" (C. SAFISS 130100548) consta de los siguientes apartados:
 - a) Datos generales
 - b) Fecha de última regla (FUR)
 - c) Fórmula obstétrica
 - d) Motivo de consulta
 - e) Presente enfermedad
 - f) Examen físico
 - g) Reporte de exámenes
 - h) Diagnóstico
 - i) Consejería, la cual está dividida en planificación familiar, violencia, Zika, educación sexual, VIH y riesgo reproductivo.
 - j) Plan
 - k) Elegible para el embarazo actual
 - l) Fecha del próximo control
 - m) Nombre y sello del médico.
34. En el apartado de datos generales, debe completar la siguiente información:
 - a) Establecimiento: el personal de enfermería o colaborador clínico escribe el nombre del establecimiento.
 - b) Fecha: el médico escribe la fecha en números para día, mes y año.
 - c) Hora: el médico consigna la hora en que inicia la atención.



- d) Número de expediente: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número de afiliación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 - e) Nombre: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe los nombres y apellidos de la mujer.
 - f) DUI: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número del Documento Único de Identidad de la mujer en números.
 - g) Edad: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe la edad en años cumplidos de la mujer.
 - h) FUR: el médico anota la fecha del inicio del último ciclo menstrual.
 - i) Fórmula obstétrica: el médico anota el número total de partos, recién nacidos prematuros, abortos (incluye molas hidatiformes y embarazos ectópicos) e hijos vivos actualmente.
35. El personal médico en el motivo de consulta anota la razón por la cual se consulta.
36. En la presente enfermedad, el médico describe la consulta.
37. En el examen físico, el médico registra los hallazgos de la tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, peso, talla, índice de masa corporal y describe los hallazgos positivos por sistemas del examen físico.
38. El personal médico en el reporte de exámenes deja consignados los resultados de los mismos.
39. El diagnóstico se describe con letra clara y legible; se coloca el código Z316 (consejo y asesoramiento general sobre la procreación).
40. En el apartado de consejería se describen los aspectos proporcionados a la mujer en edad reproductiva sobre planificación familiar, violencia, Zika, educación sexual, VIH y riesgo reproductivo.
41. En el apartado del plan se describe con letra clara y legible el medicamento indicado, exámenes de laboratorio o gabinetes requeridos (si aplica), así como interconsulta o referencia a otras especialidades.
42. El médico marca con una "X" si la paciente es elegible o no para embarazarse actualmente.
43. El médico registra la fecha del próximo control.
44. Se consigna en el espacio establecido el nombre del médico con letra clara y legible, firma y se estampa el sello en el lugar correspondiente.



- Referente al contenido del formulario Hoja Inscripción Riesgo Reproductivo

45. La "Hoja Inscripción, Riesgo Reproductivo" (C. SAFISSS 130100545) es utilizada para inscribir a mujeres en edad fértil con patologías o condiciones de alto riesgo reproductivo (ver anexo 3).
46. La "Hoja de Inscripción de Riesgo Reproductivo" (C. SAFISSS 130100545) consta de los siguientes apartados:
 - a) Datos generales
 - b) Fecha de última regla (FUR)
 - c) Fórmula obstétrica
 - d) Condición de patología de alto riesgo reproductivo
 - e) Historia clínica
 - f) Examen físico completo
 - g) Historia ginecobstetra previa
 - h) Consejería
 - i) Método anticonceptivo seleccionado por la mujer
 - j) Criterio médico de elegibilidad
 - k) Interconsulta
 - l) Diagnóstico
 - m) Plan de manejo
 - n) Próxima cita
 - o) Elegible para el embarazo actual
 - p) Fecha del próximo control
 - q) Nombre y sello del médico.
47. En el apartado de datos generales, se debe completar la siguiente información:
 - a) Establecimiento: el personal de enfermería o colaborador clínico escribe el nombre del establecimiento.
 - b) Fecha: el médico escribe la fecha en números para día, mes y año.
 - c) Hora: el médico consigna la hora en que inicia la atención.
 - d) Número de expediente: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número de afiliación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 - e) Nombre: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe los nombres y apellidos de la mujer.
 - f) DUI: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número del Documento Único de Identidad de la mujer en números.
 - g) Edad: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe la edad en años cumplidos de la mujer.
 - h) FUR: el médico anota la fecha del inicio del último ciclo menstrual.
 - i) Fórmula obstétrica: el médico anota el número total de partos, recién nacidos prematuros, abortos (incluye molas hidatiformes y embarazos ectópicos) e hijos vivos actualmente.



48. En el apartado condición de patologías de alto riesgo reproductivo, el médico tratante marca con una "X" sí o no de acuerdo al antecedente que corresponda. En el antecedente de anticoncepción se anota con letra clara y legible el método utilizado. En la enfermedad crónica se registra el diagnóstico de la misma. En el tratamiento se describen los medicamentos prescritos.
49. En el apartado de historia clínica se consigna la anamnesis de la mujer.
50. En la sección de signos vitales se anotan los hallazgos de: tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, peso, talla e índice de masa corporal.
51. En el apartado de examen físico se registran los hallazgos positivos por sistemas.
52. En la historia ginecobstétrica previa se anota: fecha del último parto, vía del parto, complicaciones en partos previos, última citología/VPH y el resultado de la misma.
53. En el apartado de la consejería se describen los aspectos sobre planificación familiar, violencia, Zika, educación sexual, VIH y riesgo reproductivo.
54. En el método anticonceptivo seleccionado por la mujer se anota el tipo de método elegido.
55. En el apartado de criterio médico de elegibilidad se registra la razón por la cual se eligió ese método.
56. En la interconsulta se afirma o niega la especialidad a la cual se remite a la mujer en edad fértil, registrando con letra clara y legible el motivo por el cual se realiza la interconsulta.
57. En el diagnóstico se registra la enfermedad, afección o lesión por signos y síntomas, que se ha identificado a través de antecedentes de salud, examen físico, pruebas, exámenes de laboratorio o gabinete.
58. En el apartado del plan de manejo se describe con letra clara y legible el medicamento indicado, exámenes de laboratorio o gabinetes requeridos (si aplica), así como la referencia a otras especialidades.
59. El médico marca con una "X" si la paciente es elegible o no para embarazarse actualmente.
60. El médico registra la fecha del próximo control.
61. Se consigna en el espacio establecido el nombre del médico con letra clara y legible, firma y se estampa el sello en el lugar correspondiente.



- Referente al contenido del formulario Hoja Clínica Subsecuente de Riesgo Reproductivo

62. La "Hoja Clínica Subsecuente de Riesgo Reproductivo" (C. SAFISSS 130100546) es llenada en las atenciones posteriores a la inscripción (ver anexo 4).
63. La "Hoja Clínica Subsecuente de Riesgo Reproductivo" (C. SAFISSS 130100546) consta de los siguientes apartados:
- a) Datos generales
 - b) Fecha de última regla (FUR)
 - c) Fórmula obstétrica
 - d) Condición de patología de alto riesgo reproductivo
 - e) Historia clínica
 - f) Signos vitales
 - g) Examen físico
 - h) Reporte de exámenes
 - i) Respuesta de interconsulta
 - j) Consejería, la cual está dividida en planificación familiar, violencia, Zika, educación sexual, VIH y riesgo reproductivo
 - k) Método anticonceptivo seleccionado por la mujer
 - l) Criterio médico de elegibilidad
 - m) Diagnóstico
 - n) Plan de manejo
 - o) Próxima cita
 - p) Firma y sello.
64. En el apartado de datos generales, se completa la siguiente información:
- a) Establecimiento: el personal de enfermería o colaborador clínico escribe el nombre del establecimiento.
 - b) Fecha: el médico escribe la fecha en números para día, mes y año.
 - c) Hora: el médico consigna la hora en que inicia la atención.
 - d) Número de expediente: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número de afiliación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 - e) Nombre: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe nombres y apellidos de la mujer.
 - f) DUI: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número del Documento Único de Identidad de la mujer en números.
 - g) Edad: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe la edad en años cumplidos de la mujer.
65. En la fecha de última regla (FUR): el médico anota la fecha del inicio del último ciclo menstrual.



66. Fórmula obstétrica: el médico anota el número total de partos, recién nacidos prematuros, abortos (incluye molas hidatidiformes y embarazos ectópicos), e hijos vivos actualmente.
67. En el apartado condición de patologías de alto riesgo reproductivo, el médico tratante marca con una "X" sí o no de acuerdo al antecedente que corresponda:
 - a) En el antecedente de anticoncepción se debe anotar con letra clara y legible el método utilizado.
 - b) En la enfermedad crónica se registra el diagnóstico de la misma.
 - c) En el apartado de tratamiento se describen los medicamentos prescritos.
 - d) Se marca sí o no en la sección si su patología es estable de acuerdo a como corresponda.
 - e) En la sección desea embarazo se marca sí o no según corresponda.
68. En el apartado de historia clínica se consigna la anamnesis de la mujer.
69. En la sección de signos vitales se anotan los hallazgos de: tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, peso, talla e índice de masa corporal.
70. En el apartado de examen físico se registran los hallazgos positivos por sistemas.
71. El personal médico en el reporte de exámenes deja consignados los resultados de los mismos.
72. En el apartado de respuesta de interconsulta se registra la especialidad a la cual se interconsulta y las indicaciones proporcionadas por la misma.
73. En el apartado de consejería se describen los aspectos proporcionados a la mujer sobre planificación familiar, violencia, Zika, educación sexual, VIH y riesgo reproductivo.
74. En el método anticonceptivo seleccionado por la mujer se anota el tipo de método elegido.
75. En el apartado de criterio médico de elegibilidad se registra la razón por la cual se eligió ese método.
76. En el diagnóstico se registra la enfermedad, afección o lesión por signos y síntomas, que se ha identificado a través de antecedentes de salud, examen físico, pruebas, exámenes de laboratorio o gabinete.
77. En el apartado del plan de manejo se describe con letra clara y legible el medicamento indicado, exámenes de laboratorio o gabinetes requeridos (si aplica), así como la referencia a otras especialidades.
78. El médico registra la fecha de la próxima cita.
79. Se consigna en el espacio establecido el nombre del médico con letra clara y legible, firma y se estampa el sello en el lugar correspondiente.



- **Referente al contenido del formulario de Hoja de Tamizaje de Violencia en Mujeres Adolescentes y Adultas Embarazadas**

80. El personal de salud debe favorecer la provisión de servicios de salud mental orientados a la identificación y notificación oportuna sobre los casos asociados a cualquier tipo de violencia.
81. El formulario "Hoja de Tamizaje de Violencia en Mujeres Adolescentes y Adultas Embarazadas" (C. SAFISSS 130100552) debe llenarse en la inscripción o en cualquier momento que se sospeche violencia (ver anexo 5).
82. El formulario "Hoja de Tamizaje de Violencia en Mujeres Adolescentes y Adultas Embarazadas" (C. SAFISSS 130100552) consta de los siguientes apartados:
 - a) Datos generales
 - b) Cuestionario.
83. En el apartado de datos generales, el personal de enfermería o el colaborador clínico anota el nombre del establecimiento, el nombre de la mujer embarazada, el número de afiliación y la fecha en la cual se realiza el tamizaje.
84. En el apartado del cuestionario, el médico tratante en cada pregunta marca con una "X", según corresponda, si la respuesta es afirmativa o negativa. Una respuesta positiva a cualquier pregunta (a excepción de la pregunta 1 y 2) es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia.
85. Se consigna en el espacio establecido el nombre del médico con letra clara y legible, firma y se estampa el sello en el lugar correspondiente.

- **Referente al contenido del formulario Tamizaje para Depresión Perinatal WHOOLEY-NICE**

86. El formulario "Tamizaje para la Depresión Perinatal WHOOLEY-NICE" (C. SAFISSS 130100550) es utilizado en la inscripción prenatal, control prenatal en las 20 - 26 semanas, luego entre las 34 - 36 y en el control puerperal tardío (ver anexo 6).
87. El formulario "Tamizaje para Depresión Perinatal WHOOLEY-NICE" (C. SAFISSS 130100550) consta de los siguientes apartados:
 - a) Datos generales
 - b) Cuestionario
 - c) Referencia para evaluación.
88. En el apartado de datos generales, debe completar la siguiente información:
 - a) Nombre: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe nombres y apellidos de la mujer.



- b) Número de afiliación: el personal de enfermería o el colaborador clínico anota el número de afiliación asignado a la asegurada.
- c) Amenorrea: el médico registra el número de semanas de amenorrea.
- d) Fecha: el médico escribe la fecha en números para día, mes y año en cada período del embarazo a evaluar.

- 89. El apartado del cuestionario se completa en cada período del embarazo a evaluar.
- 90. Cada pregunta del cuestionario se marca con una "X" según corresponda si la respuesta es afirmativa o negativa.
- 91. En caso de responder afirmativo a una de las preguntas 1 y 2 se realizará la pregunta 3, si la misma es respondida afirmativamente, se realiza referencia para evaluación por personal de salud mental.
- 92. Se consigna en el espacio establecido la firma y se estampa el sello del evaluador.

- **Referente al contenido del formulario Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS)**

- 93. La "Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)" (C. SAFISSS 130100549) es una forma eficaz de identificar a las pacientes en riesgo de depresión. Esta escala se utiliza en el postparto precoz, duelo perinatal y embarazo con síntomas de depresión (ver anexo 7).
- 94. La "Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo" (C. SAFISSS 130100549) consta de los siguientes apartados:
 - a) Datos generales
 - b) Tipo de atención
 - c) Cuestionario
 - d) Referencia para evaluación.
- 95. En el apartado de datos generales, debe completar la siguiente información:
 - a) Nombre: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe los nombres y apellidos de la mujer.
 - b) Servicio: el personal de enfermería o el colaborador clínico coloca el nombre del servicio donde la paciente es atendida.
 - c) Afiliación: el personal de enfermería o el colaborador clínico escribe el número de afiliación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
 - d) Fecha: el médico escribe la fecha en números para día, mes y año.
- 96. En el tipo de atención, el médico marca con un círculo si es control post parto precoz, duelo perinatal o embarazo con síntomas de depresión.



97. El médico, en el apartado del cuestionario en cada pregunta, debe marcar con un círculo el numeral que corresponda a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.
98. El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 items.
99. La escala de acuerdo al puntaje se interpretará de la siguiente forma:
- a) Durante el embarazo: una puntuación de 13 o más indica sospecha de depresión.
 - b) En el post parto: una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión post parto.
 - c) Las mujeres con un puntaje positivo a síntomas de depresión deben ser referidas a personal de salud mental.
 - d) Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta número 10 requiere evaluación inmediata.
 - e) La herramienta de detección no sustituye la evaluación clínica y los puntajes justo por debajo del límite no deben tenerse en cuenta para indicar la ausencia de depresión, especialmente si el proveedor tiene otros motivos para considerar ese diagnóstico.
100. En el apartado de referencia para evaluación por salud mental, de acuerdo al puntaje obtenido, el médico tratante marca con un círculo sí o no la paciente es referida para evaluación.

- **Referente al contenido del formulario Indicaciones pos Colposcopia**

101. Posterior a la realización de la colposcopia, se debe completar el formulario de "Indicaciones pos Colposcopia" (C. SAFISSS 1301000551) y dar a conocer a la mujer las indicaciones consignadas en el mismo (ver anexo 8).
102. El formulario de "Indicaciones pos Colposcopia" (C. SAFISSS 1301000551) consta de los siguientes apartados:
- a) Datos generales
 - b) Diagnóstico
 - c) Indicaciones
 - d) Cuadro de control.
103. En el apartado de datos generales el personal de enfermería o el colaborador clínico anota el nombre y apellido de la paciente y el número de afiliación.
104. En el espacio designado, el médico consigna el diagnóstico de la mujer.
105. En el formulario, en el apartado de las indicaciones, se encuentran descritas todas las instrucciones dirigidas a la paciente.
106. En el apartado del cuadro de control, el médico tratante anota la fecha, el diagnóstico y las recomendaciones de acuerdo al procedimiento.



107. Se consigna en el espacio establecido el nombre del médico con letra clara y legible, firma y se estampa el sello en el lugar correspondiente.

VII. Responsabilidades en el proceso

1. Director:

- a) Velar por el cumplimiento del presente lineamiento.
- b) Realizar las gestiones necesarias para la obtención y utilización de los formularios.

2. Médico tratante:

- a) Aplicar los formularios en el ámbito de sus competencias cuando así sea requerido.
- b) Cumplir con la aplicación del presente lineamiento.

3. Personal de enfermería:

- a) Completar los formularios y orientar a las mujeres que lo requieran.

4. Colaborador clínico:

- a) Completar los formularios y orientar a las mujeres que lo requieran.

5. Supervisora/o programas especiales:

- a) Evaluar el uso de los formularios utilizados en este lineamiento.
- b) Revisar el correcto llenado del formulario y que las referencias sean pertinentes conforme a los formularios empleados en este documento.




VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

- 1. Formulario "Hoja de Inscripción de Consulta Preconcepcional", C. SAFISSS 130100547, físico.
- 2. Formulario "Hoja de Seguimiento de Consulta Preconcepcional", C. SAFISSS 130100548, físico.
- 3. Formulario "Hoja de Inscripción de Riesgo Reproductivo", C. SAFISSS 130100545, físico.
- 4. Formulario "Hoja Clínica Subsecuente de Riesgo Reproductivo", C. SAFISSS 130100546, físico.
- 5. Formulario "Hoja de Tamizaje de Violencia en Mujeres Adolescentes y Adultas Embarazadas", C. SAFISSS 130100552, físico.
- 6. Formulario "Tamizaje para Depresión Perinatal WHOOLEY-NICE", C. SAFISSS 130100550, físico.
- 7. Formulario "Escala de Depresión Postnatal de EDIMBURGO (EPDS)", C. SAFISSS 130100549, físico.
- 8. Formulario "Indicaciones pos Colposcopia", C. SAFISSS 130100551, físico.

IX. Anexos



A. Anexo 1: "Hoja de Inscripción de Consulta Preconcepcional" (C. SAFISSS 130100547).

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL GERENCIA DE SALUD	 		
HOJA DE INSCRIPCIÓN DE CONSULTA PRECONCEPCIONAL				
Centro de atención: _____ Fecha: _____ Hora: _____ N° de afiliación: _____				
Nombre: _____ DUI: _____ Edad: _____ años				
Motivo de consulta: _____				
Presente enfermedad: _____				
Desea embarazo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Antecedentes patológicos familiares	Marcar con una X si es afirmativo			
	TBC <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal <input type="checkbox"/>		
HTC <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>			
Diabetes <input type="checkbox"/>	Neoplasias <input type="checkbox"/>			
Preclamsia <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>			
Malformaciones congénitas <input type="checkbox"/>				
Cuál: _____				
Otra condición grave: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Cual: _____				
Antecedentes patológicos personales	Clasificación de Patología Marcar con una X si es afirmativo			
Anemia <input type="checkbox"/>	Cardiopatía <input type="checkbox"/>			
HTC <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>			
Preclamsia <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>			
Neoplasia <input type="checkbox"/>	Enfermedad renal <input type="checkbox"/>			
Epilepsia <input type="checkbox"/>	Endocrinopatología <input type="checkbox"/>			
Colagenopatías <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>			
TBC <input type="checkbox"/>	Malformaciones C. <input type="checkbox"/>			
	VIH <input type="checkbox"/>			
	Uso de medicamentos: _____			
	Otra condición grave: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Cual: _____			
Antecedentes reproductivos:				
Enfermedad de transmisión sexual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad mayor a 35 años: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Menarquia: _____ años Ciclo: _____ Duración: _____ IRS _____ FUR _____ Fórmula obstetrica G ___ P ___ A ___ v ___				
Anticonceptivos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____ Años de uso: _____				
Número de compañeros sexuales: _____ Cirugías ginecológicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____				
Citología/VPH vigente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de última toma: _____ Resultado: _____				
Mamografía >40 años Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de toma: _____ Resultado: _____				
FUP: _____ Cesárea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N°: _____ Abortos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N°: _____				
Antecedentes de prematuréz: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Embarazo gemelar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bajo peso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Macrosómico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Embarazo gemelar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Muerte fetal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Multiparidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Morbilidades durante el embarazo y/o puerperio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual? _____				
Otros antecedentes de importancia				
Actividad física: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Frecuencia: _____				
Riesgos ambientales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Riesgo laboral: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patología mental: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Esquema de vacunación completo y vigente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SPR/MMR: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otra: _____				
Examen físico		Clasificación del IMC		
TA: _____ FR: _____ T°: _____		Bajo peso IMC < 18.4		
Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC: _____		Sobre peso IMC > 24.9 < 30		
		Normal IMC 18.5 - 24.9		
		Obesidad IMC > 30 < 39.9		
		Obesidad mórbida IMC > 40		
Cabeza	Cráneo:	Normal	Si	No
	Ojos:	Normal	Si	No
Boca:		Normal	Si	No
	Oídos:	Normal	Si	No
Cuello	Observación:	Normal	Si	No
	Palpación:			
Tórax	Observación:			
	Palpación:			
	Auscultación:			
	Percusión:			
	Pulmonar:	Normal	Si	No
Mamas	Cardiovascular:	Normal	Si	No
	Observación:			
	Palpación:			


C. SAFISSS 130100547



Abdomen	Observación:										
	Auscultación:										
	Palpación:										
	Percusión:										
Genitales externos	Observación:										
Genitales externos	Vagina (Observación)										
	Cervix (Observación)										
	Utero (tacto bimanual)										
	Tamaño:										
	Posición:										
	Anexo: Se palpa	Si	No	Dolor:	Si	No					
Presencia de masas	Si	No	Describir:								
Extremidades superiores e inferiores	Normal	Si	No	Describir:							
Topa de PAP	Normal	Si	No	Motivo de toma:							
Factor de riesgo reproductivo identificado: _____											
Diagnóstico: _____											
Consejería: _____											
Planificación familiar	Si	No	Educación sexual	Si	No						
Violencia	Si	No	VIH	Si	No						
Zika	Si	No	Riesgo reproductivo	Si	No						
Se refiere paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Centro de atención: _____											
Plan:											
Exámenes	Si	No	Medicamentos	Si	No	Interconsulta	Si	No			
Hemograma completo			Hierro + ácido fólico			Medicina interna					
Glicemia en ayunas			Acido fólico			Ginecología					
Tiempo y Rh (si no tiene)			Hierro			Odontología					
Sifilis (y pareja)			Otro			Nutrición					
VIH (y pareja)						Psicología					
EGO			Cual: _____			Otros:					
Chagas						Cual: _____					
Clamidia y Gonorrea											
USG pélvica											
Elegible para el embarazo actual? Si ___ No ___											
Anticoncepción: Si ___ No ___ Método: _____											
Fecha de próximo control: _____											
_____ Nombre, firma y sello del médico											




Anexo 2: "Hoja de Seguimiento de Consulta Preconcepcional" (C. SAFISS 130100548).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

GERENCIA DE SALUD

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CONSULTA PRECONCEPCIONAL



Centro de atención: _____ Fecha: _____ Hora: _____ N° de afiliación: _____
 Nombre: _____ DUI: _____ Edad: _____ años
 FUR: _____ Fórmula obstétrica G ___ P ___ P ___ A ___ v ___
 Motivo de consulta: _____
 Presente enfermedad: _____

Examen físico:
 TA: _____ FR: **FC** T°: _____ Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC: _____
 Describe lo positivo: _____

Reporte de exámenes

Hemograma completo	
Glicemia en ayunas	
Tiempo y Rh (si no tiene)	
Sífilis (y pareja)	
VIH (y pareja)	
EGO	
Chagas	
Clamidia y Gonorrea	
USG pélvica	
Otros	

Diagnóstico: _____

Consejería

Planificación familiar	
Violencia	
Zika	
Educación sexual	
VIH	
Riesgo reproductivo	

Plan: _____


Elegible para el embarazo actual? Si _____ No _____
 Fecha de próximo control: _____

Nombre, firma y sello del médico

C. SAFISS 130100548




Anexo 3: "Hoja de Inscripción de Riesgo Reproductivo" (C. SAFISSS 130100545).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

GERENCIA DE SALUD

HOJA DE INSCRIPCIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO



Centro de atención: _____ Fecha: _____ Hora: _____ N° de afiliación: _____

Nombre: _____ DUI: _____ Edad: _____ años

FUR: _____ Fórmula obstétrica G __ P __ P __ A __ v __

Condición de patología de alto riesgo reproductivo

Antecedentes	Si	No	
Anticoncepción			Método
Enfermedad crónica			Diagnóstico:
Tratamiento			Medicamento:
Se encuentra estable en su patología?			
Desea embarazo?			

Historia clínica _____

TA: _____ FR: _____ **FC** _____ T°: _____ Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC: _____

Examen físico completo: _____

Historia gineco obstetra previa:

Ultimo parto:	
Vía del parto:	
Complicaciones en partos previos:	
Última citología/VPH:	
Resultado:	

Consejería

Planificación familiar	
Violencia	
Zika	
Educación sexual	
VIH	
Riesgo reproductivo	


C. SAFISSS 130100545



Método anticonceptivo seleccionado por la mujer:			
Criterio médico de elegibilidad:			
Interconsulta	Si	No	Motivo
Medicina Interna			
Ginecología			
Odontología			
Nutrición			
Psicología			
Otros:			
Cual:			
Diagnóstico: _____ _____			
Plan de manejo:			
Próxima cita:			
Elegible para el embarazo actual: Si _____ No _____			
Fecha de próximo control: _____			
_____ Nombre, firma y sello del médico			





Anexo 4: "Hoja Clínica Subsecuente de Riesgo Reproductivo" (C. SAFISS 130100546).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

GERENCIA DE SALUD

HOJA CLÍNICA SUBSECUENTE DE RIESGO REPRODUCTIVO

Centro de atención: _____ Fecha: _____ Hora: _____ N° de afiliación: _____
 Nombre: _____ DUI: _____ Edad: _____ años
 FUR: _____ Fórmula obstétrica G ___ P ___ P ___ A ___ v ___

Condición de patología de alto riesgo reproductivo:

Antecedentes	Si	No	
Anticoncepción			METODO
Enfermedad crónica			DIAGNÓSTICO
Tratamiento			Medicamento:
Se encuentra estable en su patología			
Desea embarazo			

Historia clínica _____

TA: _____ FR: _____ **FC** _____ T°: _____ Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC: _____

Examen físico completo: _____

Reporte de exámenes	
Hemograma completo	
Glicemia en ayunas	
Tipeo y Rh (si no tiene)	
Sifilis (y pareja)	
VIH (y pareja)	
EGO	
Chagas	
Clamidia y Gonorrea	
USG pélvica	
Otros	

Respuesta de interconsulta	
Especialidad	Indicaciones

C. SAFISS 130100546




Consejería		
	SI	NO
Planificación familiar		
Violencia		
Zika		
Educación sexual		
VIH		
Riesgo reproductivo		
Método anticonceptivo seleccionado por la mujer:		
Criterio médico de elegibilidad:		
Diagnóstico: _____		

Plan de manejo:	_____	

Próxima cita:	_____	
<p>_____</p> <p>Nombre, firma y sello del médico</p>		




Anexo 5: "Hoja de Tamizaje de Violencia en Mujeres Adolescentes y Adultas Embarazadas" (C. SAFISSS 130100552).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

GERENCIA DE SALUD



HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA EN MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS EMBARAZADAS

Centro de atención: _____ Fecha _____ Hora; _____

Nombre: _____ DUI: _____

n° de afiliación: _____ Fórmula obstétrica **G** ___ **P** ___ **P** ___ **A** ___ **v** ___

FUR: _____


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 HUMILLADA, AVERGONZADA, LE HAN IMPEDIDO VER AMIGOS, LE HAN HECHO O HACEN COSAS QUE A USTED NO LE GUSTAN, LE HAN GRITADO O AMENAZADO?		
5	¿SU PAREJA FAMILIAR U OTRA PERSONA LE HA IMPEDIDO ASISTIR A SUS CONTROLES DE EMBARAZO 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?		
9	¿SE HA SENTIDO PREOCUPADA POR LA SEGURIDAD DE SU HIJO?		

Nombre, firma y sello del médico

C. SAFISSS 130100552



Anexo 6: "Tamizaje para Depresión Perinatal WHOOLEY-NICE" (C. SAFISS 130100550).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DE SALUD
TAMIZAJE PARA DEPRESIÓN PERINATAL WHOOLEY-NICE

SELLO DEL CENTRO Y
SERVICIO

Nombre: _____ # de afiliación: _____

Amenorrea: _____

EVALUACIÓN INSCRIPCIÓN PRENATAL	FECHA:	SI	NO
1. Durante el último mes: ¿Se ha sentido desanimada, triste o con sentimientos de desesperanza?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante el último mes: ¿Ha sentido desinterés o poca satisfacción por las cosas que suele hacer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativo a una de las respuestas anteriores, realizar la siguiente pregunta:			
3. ¿Sería útil para usted recibir ayuda(le gustaría recibir ayuda)? Si es afirmativo, derivar a evaluación por personal de salud mental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y sello del evaluador: _____

CONTROL PRENATAL 20 O 26 SEMANAS	FECHA:	SI	NO
1. Durante el último mes: ¿Se ha sentido desanimada, triste o con sentimientos de desesperanza?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante el último mes: ¿Ha sentido desinterés o poca satisfacción por las cosas que suele hacer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativo a una de las respuestas anteriores, realizar la siguiente pregunta:			
3. ¿Sería útil para usted recibir ayuda(le gustaría recibir ayuda)? Si es afirmativo, derivar a evaluación por personal de salud mental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y sello del evaluador: _____

CONTROL PRENATAL 34 O 36 SEMANAS	FECHA:	SI	NO
1. Durante el último mes: ¿Se ha sentido desanimada, triste o con sentimientos de desesperanza?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante el último mes: ¿Ha sentido desinterés o poca satisfacción por las cosas que suele hacer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativo a una de las respuestas anteriores, realizar la siguiente pregunta:			
3. ¿Sería útil para usted recibir ayuda(le gustaría recibir ayuda)? Si es afirmativo, derivar a evaluación por personal de salud mental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y sello del evaluador: _____

CONTROL PUERPERAL TARDIO	FECHA:	SI	NO
1. Durante el último mes: ¿Se ha sentido desanimada, triste o con sentimientos de desesperanza?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante el último mes: ¿Ha sentido desinterés o poca satisfacción por las cosas que suele hacer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativo a una de las respuestas anteriores, realizar la siguiente pregunta:			
3. ¿Sería útil para usted recibir ayuda(le gustaría recibir ayuda)? Si es afirmativo, derivar a evaluación por personal de salud mental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Firma y sello del evaluador: _____

Referencia a evaluación de personal de salud mental	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

C. SAFISS 130100550



Anexo 7: "Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)" (C. SAFISSS 130100549).

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	
	GERENCIA DE SALUD	
	ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)	SELLO DEL CENTRO Y SERVICIO
Nombre: _____ # de afiliación: _____		
Fecha: _____		
Tipo de atención: <input type="checkbox"/> Control post natal precoz <input type="checkbox"/> Duelo perinatal <input type="checkbox"/> Embarazo + síntomas de depresión		
Queremos saber cómo se ha sentido en LOS ULTIMOS 7 DÍAS, no solamente como se siente hoy		
<p>He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <hr/> <p>He mirado el futuro con placer</p> <hr/> <p>Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente</p> <hr/> <p>He estado ansiosa o preocupada sin motivo</p> <hr/> <p>He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <hr/> <p>Las cosas me oprimen o me agobian</p> <hr/> <p>Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <hr/> <p>Me he sentido triste y desgraciada</p> <hr/> <p>Me he sentido tan infeliz que he estado llorando</p> <hr/> <p>He pensado en hacerme daño</p>	<p>0) Tanto como siempre 1) No tanto ahora 2) Mucho menos ahora 3) No, no he podido</p> <hr/> <p>0) Tanto como siempre 1) Menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) Casi nada</p> <hr/> <p>0) No nunca 1) No, con mucha frecuencia 2) Si, a veces 3) Casi nada</p> <hr/> <p>0) No nunca 1) Casi nunca 2) Si, a veces 3) Si, con mucha frecuencia</p> <hr/> <p>0) No nunca 1) No, no mucho 2) Si, a veces 3) Si, bastante</p> <hr/> <p>0) No 1) La mayor parte del tiempo hago las cosas bien 2) Si, a veces 3) Si bastante</p> <hr/> <p>0) No nunca 1) No, con mucha frecuencia 2) Si, a veces 3) Si, la mayor parte del tiempo</p> <hr/> <p>0) No nunca 1) No, con mucha frecuencia 2) Si, a veces 3) Si, la mayor parte del tiempo</p> <hr/> <p>0) No nunca 1) Casi nunca 2) A veces 3) Si, bastante a menudo</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 items</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Interpretaciones de la escala:</p> <p>Durante el embarazo: Una puntuación de 13 o más indica sospecha de depresión.</p> <p>En el postparto: Una puntuación de 10 o más indica sospecha de depresión post parto.</p> <p>Las mujeres con un puntaje positivo a síntomas de depresión deben ser referidas a personal de salud mental.</p> <p>Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere evaluación inmediata</p> <p>Las herramientas de detección no sustituyen la evaluación clínica y los puntajes justo por debajo del límite no deben tenerse en cuenta para indicar la ausencia de depresión, especialmente si el proveedor tiene otros motivos para considerar ese diagnóstico.</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Referencia para evaluación a salud mental</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> </div>

C. SAFISSS 130100549



Anexo 8: "Indicaciones pos Colposcopia" (C. SAFISS 1301000551).



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

GERENCIA DE SALUD

INDICACIONES POS COLPOSCOPIA

Centro de atención: _____

Nombre: _____ Edad: _____

N° de afiliación: _____ DUI: _____

Estimada señora:

A usted se le ha encontrado una enfermedad llamada:

Para confirmar su diagnóstico se le ha realizado un examen llamado Colposcopia, lo cual consiste en la toma de pequeñas muestras de tejido del cuello de la matriz donde esta la lesión.

Por este procedimiento podrá tener un pequeño sangrado menor que regla que puede durar un par de días.

No deberá tener relaciones sexuales, ni podrá bañarse en piscinas o en lagos durante por lo menos una semana.

En caso de presentar fiebre alta, mucho dolor de vientre o sangrado abundante, consulte a Emergencia de este hospital.

Es importante que usted no falte a las citas en las fechas que se le indiquen, las cuales se le anotarán en los espacios que encontrará en esta hoja, la cual deberá conservar y presentar en sus próximas consultas.

PROCEDIMIENTO	FECHA	DIAGNÓSTICO	RECOMENDACIONES
COLPOSCOPIA			
VISITA POST COLPOSCOPIA			
VISITA POST COLPOSCOPIA			

Nombre, firma y sello del médico

C. SAFISS 1301000551



B. Anexo 2: Personal que participó en actualización del documento

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala	Jefatura de Sección	Sección Normalización
[REDACTED]	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Normalización

Equipo que revisó y validó el documento


NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Diana Patricia Cabrera	Subgerente	Subgerencia Servicios Operativos de Salud
Dr. Luis Estrada Regalado	Jefe de Programas Especiales	Programas Especiales
[REDACTED]	Supervisora de Programas Especiales	Programas Especiales
[REDACTED]	Supervisora de Programas Especiales	Programas Especiales
[REDACTED]	Supervisora de Programas Especiales	Programas Especiales
[REDACTED]	Coordinador Institucional de Ginecología y Obstetricia	Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos y Odontológicos

X. Registro de actualización del documento

		Lineamientos Técnicos de Atención en Salud Preconcepcional, Alto Riesgo Reproductivo, Depresión Perinatal, Postnatal y Colposcopia	LTAS-007
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0.0	Diciembre 2024	Lineamiento Técnico de Atención en Salud Preconcepcional, Alto Riesgo Reproductivo, Depresión Perinatal, Postnatal y Colposcopia	Dra. Mónica Guadalupe Ayala



XI. Registro de Adendas

	Lineamientos Técnicos de Atención en Salud Preconcepcional, Alto Riesgo Reproductivo, Depresión Perinatal, Postnatal y Colposcopia		LTAS-007
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			