

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo



San Salvador, noviembre de 2016



**MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE POLÍTICAS DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y LEGISLACIÓN EN SALUD**

**VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER**

**Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto
riesgo reproductivo**

San Salvador, noviembre de 2016

AUTORIDADES

Dra. Elvía Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

FICHA CATALOGRÁFICA.

2016, Ministerio de Salud

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Son responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:
<http://asp.salud.gob.sv/regulación/default.asp>

Normas, Manuales y Lineamientos.

Tiraje: **Nº de ejemplares.**

Edición y Distribución:

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205-7000.
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: **Imprenta xxxxxx**
Impreso en El Salvador por **Imprenta xxxxxxx.**

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”

22, Normas, Manuales y Lineamientos

1. Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. 2. Viceministerio de Servicios de Salud. 3. Ministerio de Salud.

Equipo Técnico

Nombre	Dependencia
Dra. Miriam González Dra. Aracely Zepeda de Baires	Unidad de Atención Integral a la Mujer
Dra. Marcela Hernández	Dirección de Apoyo a la Gestión
Dr. Guillermo Ortiz Avendaño Dra. Karen Ramos	Hospital Nacional de la Mujer
Dra. Rocío Cajar	Dirección Nacional de Hospitales
Dra. Matilde Quezada Guzmán	Dirección Primer Nivel de Atención
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla Dra. Patricia Montalvo de Muñóz Licda. Carmen Elena Moreno	Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Comité Consultivo

Nombre	Dependencia
Dra. Katia Villalta de Menjívar	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dr. Julio Horacio García Ocampo	Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador
Dra. Rosa María Bonilla Dra. Jenny Lizbeth Parada	Ministerio de Salud Región Occidental de Salud
Dra. Ivonne Cecilia Palacios	Ministerio de Salud Región Central de Salud
Dra. Ana Julia Luna Argueta Dr. José Roberto Rodríguez	Ministerio de Salud Región Oriental de Salud
Dr. William Eduardo Alemán	UCSF Especializada de Ciudad Barrios
Dra. Claudia Pintín	FOSALUD
Dra. Ana Celia de Uriarte Dra. Mercedes Abrego de Aguilar	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Licda. Ana Mercedes Bonilla Licda. Wendy Castillo.	Foro Nacional de Salud

Índice

I. Introducción	7
II. Base legal	8
III. Objetivos	9
IV. Ámbito de aplicación	10
V. Marco conceptual	10
VI. Desarrollo de contenido técnico	11
A. Identificación de pacientes con alto riesgo reproductivo	11
B. Consulta de alto riesgo reproductivo	12
C. Proceso de atención a usuarias con alto riesgo reproductivo	13
VII. Disposiciones finales	17
VIII. Vigencia	18
Anexos	19
Bibliografía	22

I. Introducción

Durante el año 2014 el Ministerio de Salud (MINSAL) reportó 82,793 partos verificados en veintiocho maternidades, de los cuales 17,620 fueron en pacientes menores de 19 años y 5,550 en mujeres con más de 35 años, lo cual representa un 28% de mujeres que verificaron parto en edades no seguras, así mismo datos publicados en el informe de labores 2014 – 2015, reportan que durante ese año hubieron 60 muertes maternas que corresponden a una razón de 52.6 por cada 100 mil nacidos vivos, de estas muertes reportadas el 43% se deben a muertes por causas indirectas.

Abordar la determinación social de la salud, pasa por que toda mujer en edad reproductiva, sexualmente activa y sin métodos de planificación familiar, debería tener una asesoría apropiada e integral sobre su estado de salud, para optar, informada y libremente a un método seguro de anticoncepción; así mismo si su libre deseo fuere un embarazo, debería recibir la atención preconcepcional oportuna y completa, para lograrlo en la forma planificada y en las condiciones idóneas de salud integral. Lo anterior es más relevante en mujeres que presentan patologías o condiciones de base, pues en algunas incluso puede estar contraindicado el embarazo.

Por lo anterior el MINSAL como rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), y en cumplimiento de la Política Nacional de Salud (2015-2019) en lo relativo al Eje fortalecimiento de las redes integrales e integradas de salud (RIIS) específicamente en su línea de acción 4.3.3 que establece garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica, define la **consulta de alto riesgo reproductivo**, con el propósito de proporcionar a las mujeres con patologías o condiciones de base, la consejería y anticoncepción más adecuada para lograr un embarazo (libremente deseado) en las mejores condiciones de salud posibles, reduciendo el riesgo de complicaciones o muertes tanto maternas como perinatales.

Este esfuerzo debe ser un trabajo integral, en red, que permita identificar aquellas mujeres con riesgo y se le pueda garantizar su derecho a una atención oportuna, de calidad y efectiva; por consiguiente se convierten en población objetivo las mujeres en edad fértil que no estén con algún método anticonceptivo, presentan alguna patología o condición de base y además se encuentran descompensadas en esa condición de salud específica.

En ese sentido, el presente instrumento constituye un punto de encuentro en toda la atención que se brinda a las mujeres en su etapa reproductiva, desde lo establecido en los Lineamientos técnicos para Ecos familiares y Ecos Especializados, hasta la consulta preconcepcional, para finalizar con un control prenatal temprano y en óptimas condiciones, o bien optar a un método de anticoncepción según los “Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción”.

II. Base legal

Constitución.

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

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

Código de Salud.

Art. 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Art. 41.- Corresponden al Ministerio: Orientar la política gubernamental en materia de salud; Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, entre otros.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo.

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

Política Nacional de Salud 2015-2019.

Estrategia 4. Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud.

Eje 1. Fortalecimiento de las Redes integrales e integradas de salud.

Línea de acción 4.3.3 Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica

Línea de acción 4.3.8 Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, personas mayores, personas con discapacidad y pueblos originarios, prestando particular atención a personas en condiciones de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana.

Línea de acción 4.3.9 Impulsar la formulación, aprobación y aplicación de un marco normativo que regule la educación integral e inclusiva en salud sexual y reproductiva; con amplia participación intersectorial y en estrecha colaboración con el MINED y el ISDEMU.

Política de Salud Sexual y Reproductiva.

En cuanto a la situación de la Salud sexual y reproductiva (SSR) durante el ciclo de vida para la mujer adulta, tiene como finalidad, mejorar la calidad en los niveles individuales y relacionales (pareja, hijos e hijas, familia y comunidad) a través del conocimiento y control de las determinantes en SSR, así como la prestación de servicios integrales e integrados de calidad, que permitan tomar acciones responsables encaminadas a la SSR.

La maternidad segura está sustentada en la calidad del control prenatal para obtener resultados favorables en el momento del parto.

SALUD REPRODUCTIVA

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...”(Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo 1994).

El concepto de la Salud Sexual y Reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género.

III. Objetivos

General

Establecer directrices para la atención integral a mujeres en edad reproductiva con alto riesgo reproductivo, en establecimientos de las redes integrales e integradas de salud (RIIS).

Específicos

1. Definir las intervenciones necesarias para la identificación del riesgo, clasificación, manejo y seguimiento de mujeres con alto riesgo reproductivo, con enfoque de derechos y género.
2. Establecer acciones para realizar un trabajo integral en red, para la referencia oportuna de las mujeres con alto riesgo reproductivo.

IV. Ámbito de aplicación

Están sujetas al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos, el personal de las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social en adelante ISSS.

V. Marco conceptual

Salud sexual y reproductiva (SSR)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud reproductiva, como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida.¹

La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

El término “**riesgo**” implica que la presencia de una característica o factor (o de varios) aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión²

El **continuo de atención** o “continuo de cuidados”, conlleva el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles para la atención de las personas durante todas las etapas de su ciclo vital³.

La SSR es un ejemplo de continuo de cuidados, ya que al iniciar acciones de promoción y prevención primaria dirigidas por ejemplo a las y los adolescentes, se contribuye a que decidan libremente el momento más oportuno para iniciar su vida sexual, reducir el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), mejorar el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar y así decidir responsablemente cuando embarazarse.

1 www.who.int/topics/sexual_health/es/

2 http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

3 Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional.asp.salud.gob.sv/.../pdf/.../lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf

En el marco del continuo de atención, se promueve la consulta de riesgo reproductivo, con el fin de corregir o eliminar aquellos factores de riesgo, que puedan comprometer la vida de la mujer al presentar un embarazo y así obtener el embarazo en las mejores condiciones, reduciendo la probabilidad que la madre y su futuro hijo(a), puedan enfermar o morir.

Para fines de este instrumento se considera que una mujer en edad fértil, tiene un **alto riesgo reproductivo**, cuando presenta una enfermedad o condición que aumente la probabilidad de sufrir mortalidad materna perinatal superior a la de la población general.

VI. Desarrollo contenido técnico

A) Identificación de pacientes con alto riesgo reproductivo

El personal de salud durante la atención integral de toda mujer en edad reproductiva debe:

1. Identificar enfermedades / condiciones de alto riesgo reproductivo.
2. Atender a la paciente de forma oportuna en la consulta de alto riesgo reproductivo, ante la presencia de una o más de estas enfermedades / condiciones (tabla 1).
3. Referir a la consulta de alto riesgo reproductivo al nivel correspondiente, al identificarse mujeres en edad reproductiva sin método de planificación con enfermedad de base, según los lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta.

Tabla 1. Enfermedades-condiciones de alto riesgo reproductivo

Tercer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatías de alto riesgo (New York Heart Association) clase II, III y IV. • Hipertensión pulmonar, síndrome de Eisenmenger, síndrome de Marfan con dilatación de la raíz aortica, estenosis aortica o mitral severa, antecedentes de infarto agudo del miocardio, disfunción ventricular severa, prótesis valvulares, cardiopatías congénitas cianóticas, cardiopatía chagásica. • Colagenopatías • Insuficiencia renal crónica • Diabetes con daño a órgano blanco • Enfermedad tromboembólica
---------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer actual o como antecedente • Enfermedades hematológicas: talasemias, falsiformismo, hemofilia, púrpuras. • Edad: adolescente, mujer mayor de 35 años.
Primero y segundo nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatías (New York Heart Association) Clase I • Hipertensión arterial crónica • Neumopatía • Diabetes • Tiroideopatías • Enfermedades hematológicas: anemias • Abortos recurrentes • Obesidad IMC arriba de 40 • Gran múltipara (4 o más) • VIH • Toxoplasmosis • Sífilis • Citomegalovirus • Antecedente de enfermedad de Chagas • Trastornos mentales graves • Hepatopatías • Enfermedades del sistema nervioso central • Hijo previo con malformaciones congénitas mayores • Malformaciones músculo esqueléticas limitantes de la mujer • Malformaciones del sistema reproductor de la mujer • Enfermedad gestacional del trofoblasto previa • Isoinmunización Rh • Alcoholismo • Adicciones • Edad: adolescente, mujer mayor de 35 años.

Fuente: Equipo técnico de elaboración Lineamientos técnicos de atención a mujeres con riesgo reproductivo, MINSAL, Junio de 2015.

Nota: Otras patologías no contempladas en esta tabla, es probable constituyan un Alto Riesgo Reproductivo, de ser así, deberán justificarse a criterio médico por el obstetra.

B) Consulta de alto riesgo reproductivo

El personal de la consulta externa del establecimiento de salud debe:

1. Recibir la referencia de las mujeres en edad fértil con enfermedades / condiciones de alto riesgo reproductivo (Tabla 1) y establecer una cita (no mayor de 15 días).

2. Atender las referencias internas del personal de salud del propio establecimiento que proporciona atención a mujeres en edad fértil que presenten las enfermedades / condiciones de alto riesgo, procurando que sea vista ese mismo día, independientemente de la especialidad médica por la que haya sido evaluada.
3. Organizar la consulta de alto riesgo reproductivo en los establecimientos de salud por medio de un mecanismo de citas escalonadas, considerando el recurso humano y la capacidad instalada disponibles.
4. La consulta debe ser proporcionada por profesional médico ginecólogo, quien debe realizar las siguientes actividades:
 - Anamnesis y examen físico completo.
 - Interconsulta con las diferentes disciplinas o especialidades, según cada caso en particular, para la confirmación y seguimiento integral de la patología-condición de alto riesgo reproductivo.
 - Detección de otros posibles factores de riesgo.
 - Realización de pruebas complementarias de laboratorio o de gabinete para identificar el estado actual de la paciente.
 - Definición junto a la usuaria, de la conducta a seguir, de acuerdo a su libre deseo reproductivo y del estado actual de su enfermedad / condición de alto riesgo.
 - Proporcionar consejería integral con énfasis en la enfermedad de la usuaria y las recomendaciones médicas para postergar, retrasar e incluso contraindicar un embarazo, hasta la estabilización de la enfermedad / condición de alto riesgo identificado.
 - Dar consejería y primera provisión de métodos de anticoncepción, utilizando los criterios médicos de elegibilidad actuales de la OMS, según los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción.
 - Retroalimentar apropiadamente al primer nivel de atención sobre los diagnósticos y el manejo que se está dando a la paciente por medio del llenado completo y correcto de la hoja de retorno y respuesta a la interconsulta.

C) Proceso de atención a usuarias con alto riesgo reproductivo

1. Toda mujer en edad fértil con enfermedad o condición de base, que no esté con método anticonceptivo debe ser identificada por los prestadores de salud y ser referida a la consulta de alto riesgo reproductivo.
2. En esa consulta, debe evaluarse la condición de cada usuaria y la necesidad de atención interdisciplinaria, además mantener comunicación con el médico que atiende la condición de base en todo momento.

3. Si la usuaria no desea embarazo puede optar por un método anticonceptivo según criterios de elegibilidad, si se decidiera un método definitivo como la esterilización quirúrgica y es factible de realizar, una vez hecha se dará de alta a la usuaria de la consulta de alto riesgo reproductivo con un resumen clínico de las atenciones brindadas hacia el primer nivel de atención.
4. Si la usuaria desea un embarazo, pero no cumple con una condición óptima en ese momento, se elegirá con ella un método anticonceptivo según los criterios de elegibilidad, dando cumplimiento a los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción, hasta controlar su condición de base, si aun desea embarazarse y su condición lo permite, se debe inscribir en atención preconcepcional, posteriormente se brinda inscripción prenatal temprana y control prenatal en el nivel que corresponda según enfermedad de base, dando cumplimiento a los Lineamientos técnicos para la Atención de la Mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto y puerperio y del recién nacido.
5. Para el proceso de atención en forma esquemática, se debe consultar el flujograma de atención, ver anexo 1.
6. La consulta de alto riesgo reproductivo comprende:

a. Evaluación de alto riesgo reproductivo

Anamnesis encaminada a la valoración del riesgo según enfermedad / condición:

- Datos personales.
- Hábitos; alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes médicos y personales: recuerde que de acuerdo a la enfermedad de base debe indagarse: duración, tratamiento, episodios de gravedad.
- Antecedentes médicos y familiares de pareja.
- Antecedentes ginecológicos – obstétricos.

b. Examen clínico

Exploración física completa incluyendo: talla, peso, IMC, tensión arterial, exploración ginecológica y mamaria, con toma de muestra para citología en caso de no estar vigente.

c. Pruebas complementarias.

- Solicitar un resumen médico de la atención, manejo y exámenes relevantes si aplica.

- Evaluar la actualización de pruebas de laboratorio, si hay intención reproductiva: hemograma, grupo sanguíneo y Rh, glicemia, pruebas serológicas de detección de sífilis y VIH, análisis de orina, ácido úrico, creatinina, transaminasas y otras, siempre orientándolas a su enfermedad de base.
- El resultado de estas pruebas complementarias en general tienen una validez de 6 meses, sin embargo la periodicidad de la toma de las mismas, puede variar de ser indispensable, considerando la enfermedad / condición de cada usuaria en particular.

d. Consejería integral

Para la consejería sobre el embarazo en mujeres con alto riesgo reproductivo, deben considerarse los siguientes aspectos:

- El profesional médico debe explicar clara y ampliamente a la usuaria y a su pareja, la enfermedad / condición de alto riesgo reproductivo de la usuaria y las recomendaciones médicas para postergar o contraindicar un embarazo, según sea su caso; solventando todas las dudas que existan.
- Debe evaluarse la necesidad de referir a consejería nutricional, psicológica u otras disciplinas de acuerdo al caso.
- Debe consensuarse con el médico especialista, de la rama que corresponda de acuerdo a cada caso en particular, el momento idóneo para embarazarse si ese es el deseo reproductivo de la mujer.
- Proporcionar consulta de atención preconcepcional a toda usuaria que desee embarazarse y cumpla las condiciones médicas idóneas para ello, de acuerdo a lo establecido en los “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido”, esto incluye traslape/suspensión, cambio de medicamentos y uso de ácido fólico.
- Considerar para la consejería también el riesgo social, mujeres que tienen condiciones especiales como: que su pareja o ella pertenezcan a pandillas, régimen de protección de testigos, o mujeres privadas de libertad, a estos casos es preferible ofrecer métodos más duraderos.
- En aquellas usuarias que no deseen embarazo o que por su enfermedad de base no puedan optar a este, en el momento (de acuerdo a la evaluación del equipo), se debe ofrecer un método de anticoncepción, el cual depende de la clasificación de la enfermedad / condición de alto riesgo reproductivo, que presente la usuaria, de las posibles interacciones del método, de las

condiciones ginecológicas y preferencia de la misma, utilizando los criterios médicos de elegibilidad actuales de la OMS.

- La mayoría de las enfermedades, contraindican el uso de medicamentos con estrógenos, por lo que debe promoverse de acuerdo a cada caso, el uso del dispositivo intrauterino, implantes transdérmicos o de medicamentos a base de progestagenos como la medroxiprogesterona de depósito, enantato de norestisterona o progestágenos orales. El objetivo es ofrecer un método seguro y reversible para los casos en los que se considere necesario controlar la enfermedad de base.
- Se debe ofrecer esterilización quirúrgica masculina o femenina, en los casos que no sea posible modificar el riesgo, según lo establecido en los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción.

e. Duración, periodicidad y seguimiento

1. La primera consulta debe tener una duración de treinta 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 debe tener una duración de quince minutos, y puede ser programada de cuatro a seis semanas después de la consulta inicial, de acuerdo a la condición/ enfermedad de la paciente y a su deseo reproductivo.
3. Se debe valorar la frecuencia de controles, según el estado clínico de la paciente y la decisión de usar o no un método anticonceptivo.
4. La usuaria que inició un método anticonceptivo, debe ser referida a planificación familiar del primer nivel u hospital, dependiendo de la condición de base, para la continuidad del método y debe ser retornada, según la enfermedad de base, al establecimiento que corresponda en caso de deseo de embarazo, para ser inscrita en la consulta preconcepcional.
5. El seguimiento comunitario es realizado por el personal de salud del primer nivel de atención, el cual debe realizar el seguimiento oportuno a las pacientes que retornan de los hospitales, de acuerdo a las indicaciones claras y completas evidenciadas en la hoja de retorno y respuesta a la interconsulta, emitida por el especialista que atendió el caso; debe dejarse evidencia de esta actividad en expediente clínico de usuaria, investigando sobre las medidas acordadas en la consulta de alto riesgo reproductivo, para su cumplimiento en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar con

Equipos Comunitarios en Salud Familiar, este seguimiento debe realizarse considerando la clasificación dispensarial de cada paciente en particular.

VI. Disposiciones finales

Coordinación ínter institucional.

El personal de salud debe desarrollar coordinación con los otros establecimientos del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de proporcionar la prevención, vigilancia, tratamiento y control de las usuarias que presentan un alto riesgo reproductivo dando cumplimiento a la normativa institucional.

Obligatoriedad

Es responsabilidad del personal técnico de los establecimientos de las RIIS, dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

Sanciones por el incumplimiento.

Todo incumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en la normativa administrativa pertinente.

De lo no previsto.

Lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

Anexos

Forman parte del presente Lineamiento los anexos siguientes:

- Anexo No. 1: Flujograma consulta de alto riesgo reproductivo.
- Anexo No.2:Flujograma consulta alto riesgo reproductivo mujeres adolescentes.

Revisión y actualización.

Los presentes lineamientos técnicos podrán ser revisados y actualizados por el equipo técnico cuando se amerite, debido a cambios sustanciales de la organización o bien por el impulso propio de la implementación de la Reforma de Salud.

VII. VIGENCIA.

Los presentes Lineamientos técnicos, entraran en vigencia a partir de la fecha de oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, a dieciséis días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis.



Dra. Elvía Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

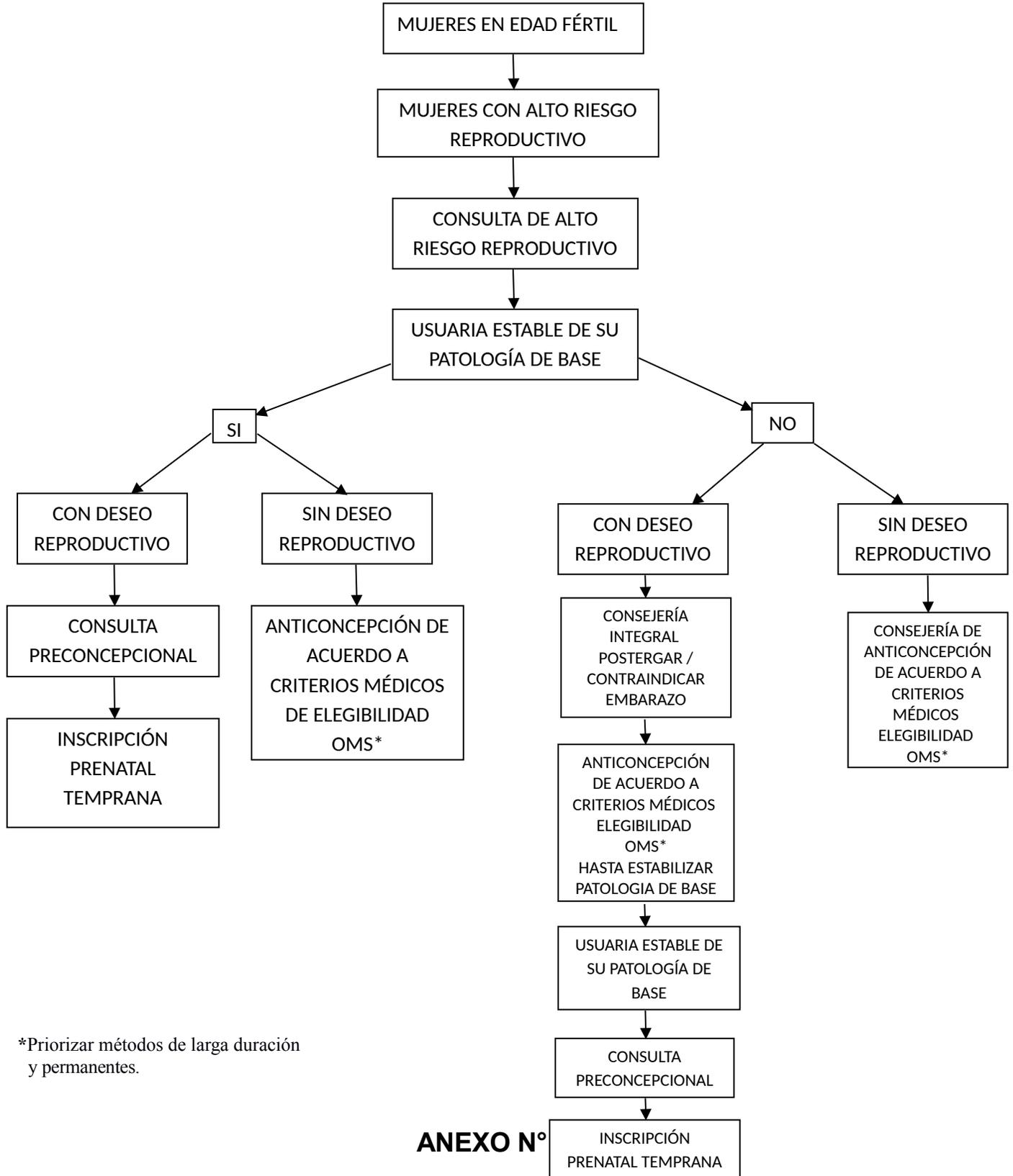
EA

A large, stylized handwritten signature in purple ink, written over the official stamp and the name of the Minister of Health.

ANEXOS

ANEXO N° 1

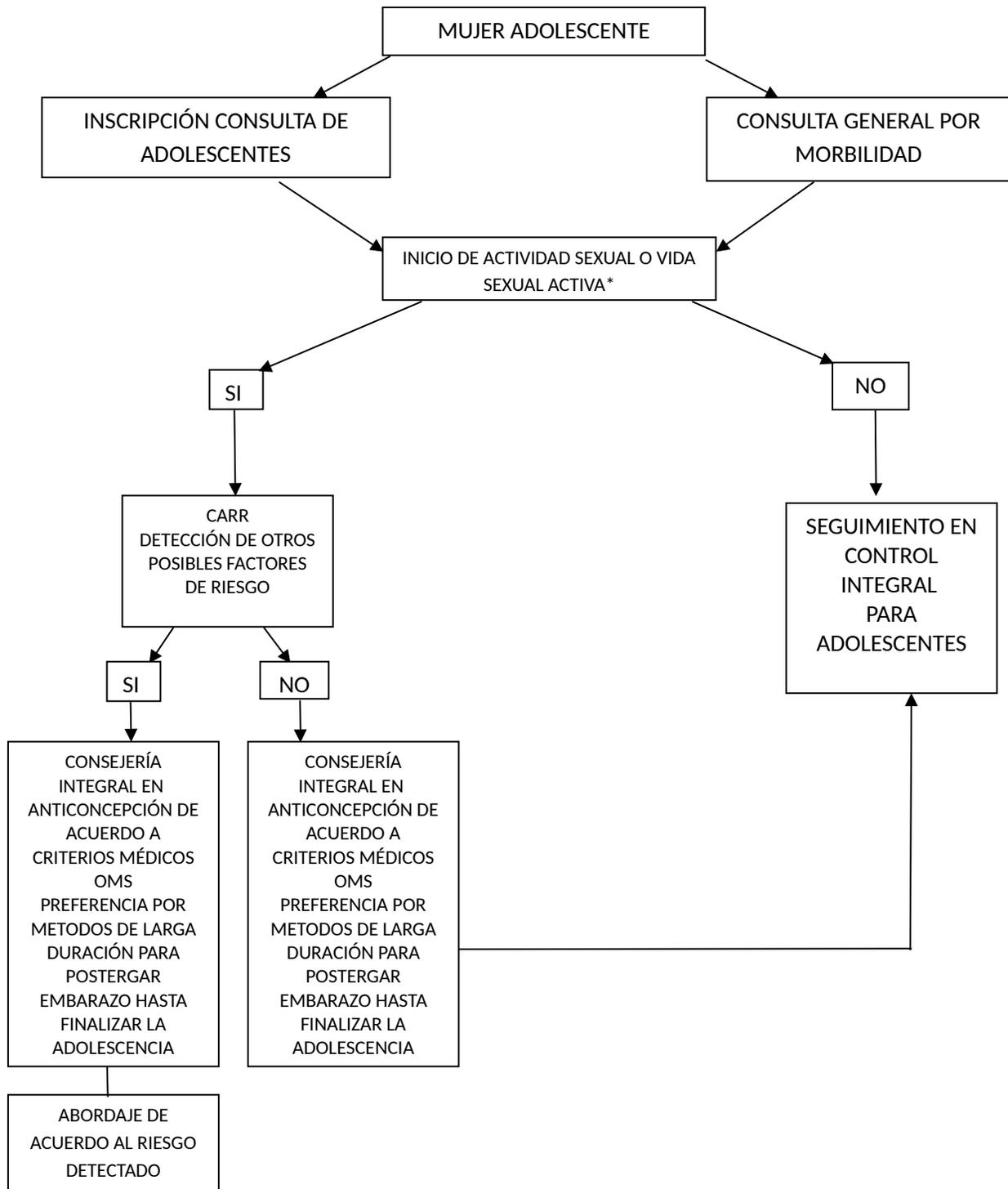
FLUJOGRAMA CONSULTA DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO



*Priorizar métodos de larga duración y permanentes.

ANEXO N°

FLUJOGRAMA CONSULTA DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO MUJERES ADOLESCENTES



* Reportar a Junta de Protección a la niñez y adolescencia

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletin. Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions Clinical Management Guidelines For Obstetrician–Gynecologists Number 73, June 2006.
2. Anne L. Dunlop, MD, MPH; Brian W. Jack, MD; Joseph N. Bottalico, DO; Michael C. Lu, MD, MS, MPH; Andra James MD. The Clinical Content Of Preconception Care: Women with Chronic Medical Conditions. American Journal of Obstetrics &Gynecology, Supplement to December 2008.
3. Cabero y Roura & Cararach Ramoneda. Curso de Medicina Materno fetal, XVIII, Editorial Etna. España 2006.
4. CLAP/SMR; (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577), año 2011 .
5. De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Fescina RH, 3a ed. Montevideo.
6. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la Mujer en el Período preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido, El Salvador, año 2009.
7. Organización Mundial de la Salud. Una Guía Esencial sobre Planificación Familiar, Actualización 2008.
8. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA. Lupus and pregnancy: integrating clues from the bench and bedside. Eur J ClinInvest 2010;41:672-678.
9. Tealm Stephanie B MD, MP Ha, David M. Ginosar, Mdb Contraception for Women with Chronic Medical Conditions Obstetric Gynecology Clinic, N Am 34 (2007).
10. WHO family planning cornerstone , Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth edition, año 2015.