GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Documento Derogado

Lineamientos técnicos para la atención de los programas preventivos por telesalud, en el marco de la pandemia por COVID-19

San Salvador, El Salvador, 2020

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Documento Derogado

Lineamientos técnicos para la atención de los programas preventivos por telesalud, en el marco de la pandemia por COVID-19

San Salvador, El Salvador, 2020

2020 Ministerio de Salud

Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Edición

Ilustraciones o imágenes

Impresión

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Documento Derogado

Autoridades

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Salud

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

Documento Derogado

Equipo técnico

Nombre	Dirección
Dr. Ronald Pérez	Director de Apoyo a la Gestión y Programas Sanitarios
Dra. Mayra Patricia Erazo	Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles
Dr. Matías Humberto Villatoro	
Dra. Andrea Chacón	
Dr. Ricardo H. Ruano Arévalo	Dirección de Tecnologías Sanitarias.
Dra. Magdalena Archila	Unidad de Salud Mental
Licda. Estela Alvarenga Alas	Unidad de Promoción Prevención y Vigilancia de las ENT
Dra. Marcela Hernández	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
Dra. Esmeralda de Ramírez	
Dr. Jorge Alberto Meléndez	
Dr. Mario Soriano	
Ing. Rene Hernández	Dirección de Tecnologías en Comunicación
Dr. Carlos Roberto Torres Dr. Napoleón Eduardo Lara M.	Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Documento Derogado

Índice

I. Introducción	8
II. Objetivos	8
III. Ámbito de aplicación	9
IV. Contenido técnico	9
V. Glosario	22
VI. Disposiciones finales	24
VII. Vigencia	24
VIII. Bibliografía	25
IX. Anexos	26

Documento Derogado

Ministerio de Salud

Acuerdo n.°1197

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

CONSIDERANDO:

I. Que la *Constitución de la República*, en su artículo 65, determina que 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;

II. Que el *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo*, en el artículo 42, numeral 2), establece que compete al Ministerio de Salud: 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;

III. Que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reconocido que la pandemia del COVID-19 es una emergencia sanitaria y social a nivel mundial que requiere una acción efectiva e inmediata de los gobiernos y las personas, y que de acuerdo a lo establecido en los artículos 193, 139 y 184 del *Código de Salud*, el Ministerio de Salud podrá adoptar las medidas necesarias para prevenir el peligro, combatir el daño y evitar la propagación de epidemias, como la causada por COVID-19, para la atención integral e inmediata de los afectados.

IV. Que de acuerdo con la Resolución WHA58.28 de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, de mayo 2005, reconoce la influencia beneficiosa que podría tener el progreso de las TIC en la prestación de atención sanitaria, la salud pública, la investigación y las actividades relacionadas con la salud (e-Salud) para los países, tanto de ingresos bajos como altos.

V. Que la *Ley de Regulación del Teletrabajo*, en sus artículos 1 y 14 tienen como objeto promover, armonizar, regular e implementar el teletrabajo, como un instrumento para la modernización de las instituciones públicas, a través de la utilización de tecnologías de la información y comunicación. Así mismo organizará y adoptará las medidas y procedimientos que estime necesarios, para desarrollar programas de teletrabajo en el contexto de su estrategia de modernización de la gestión pública.

VI. Que de conformidad a los considerandos anteriores se hace necesario regular las disposiciones técnicas para la atención de programas preventivos, mediante Telesalud, en el marco de la pandemia por COVID-19, como mecanismo estandarizado, para la atención médica y dispensación de medicamentos a personas que lo ameriten, a fin de prevenir el incremento de la morbilidad y mortalidad; así como, disminuir la afluencia de la población a los establecimientos de salud.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, **ACUERDA** emitir los siguientes:

Lineamientos técnicos para la atención de los programas preventivos por telesalud, en el marco de la pandemia por COVID-19

Documento Derogado

I. Introducción

La pandemia por COVID19 pone a prueba a los sistemas de salud del mundo, excediendo de esa manera la capacidad de respuesta de los mismos, ante el incremento de la demanda de las atenciones en salud. Como una intervención para reducir el impacto causado por la pandemia en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se ha identificado la necesidad de implementar disposiciones que contribuyan a reducir el contagio, evitando la movilidad de la población hacia los establecimientos de salud, reduciendo la morbimortalidad y la probabilidad de saturación de los servicios. De esta manera surgen los presentes lineamientos técnicos, los cuales establecen las disposiciones técnicas para el desarrollo de actividades específicas de los programas de salud en el curso de vida por telesalud.

En los presentes lineamientos se establecen las disposiciones a seguir en las atenciones a la población priorizada; principalmente, mujeres en edad fértil, en estado de embarazo o puerperio, niños y niñas menores a 10 años, adolescentes y personas con enfermedades crónicas no transmisibles o con trastornos de salud mental.

Con base en la *Ley de Regulación del Teletrabajo* y a fin de aprovechar la tecnología de la información para mejorar la atención de la población, por las situaciones generadas en el contexto de la pandemia por COVID-19, se establecen las medidas y procedimientos a desarrollar para proporcionar atenciones de los programas preventivos en el curso de vida; quienes harán uso de telesalud, para identificar mediante llamada telefónica o videollamada, los niveles de riesgo en las poblaciones priorizadas, a fin de brindar orientación oportuna, prevenir complicaciones, favorecer el control de las enfermedades, dar seguimiento al uso de medicamentos prescritos por el médico tratante y asegurar la inscripción y control de los programas preventivos según el riesgo; con el propósito de cumplir con las orientaciones de restricción de movilidad, y disposición de distanciamiento social, buscando con ello mantener las prestaciones de servicios de salud, garantizando el cuidado de la población y la seguridad de los profesionales de salud.

II. Objetivos

General

Establecer las disposiciones técnicas para la implementación de telesalud, de forma remota (teleasistencia) en sus modalidades de teletriage, telemonitoreo, teleorientación y teleconsejería por medio de llamada o videollamada, para facilitar el contínuo de la atención a la población priorizada de mujeres en edad fértil, en estado de embarazo o puerperio, niños y niñas menores a 10 años, adolescentes, personas adultas mayores, personas con enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos de salud mental, durante la pandemia por COVID-19.

Documento Derogado

Específicos

1. Identificar factores de riesgo y orientar oportunamente a los usuarios sobre la conducta a seguir, a fin de agilizar la atención y disminuir la probabilidad de complicaciones y mortalidad; implementando a su vez, las medidas de control preventivo ante la COVID-19.

2. Establecer los mecanismos para el desarrollo de acciones complementarias necesarias para la ejecución de los servicios de teleasistencia, para mantener la cobertura de los programas preventivos, contribuyendo a descongestionar y evitar el rebase de la capacidad instalada de los servicios, de acuerdo con las fases de reapertura establecidas.

3. Brindar teleasistencia médica por especialistas a los pacientes que lo ameriten, de acuerdo con la clasificación de riesgo y la población priorizada.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos, el personal de los establecimientos del Ministerio de Salud.

Este lineamiento no contempla atenciones de emergencia ni el seguimiento a personas con sospecha o positivas a COVID-19, las cuales deberán ser derivadas por el teleoperador médico donde corresponda, según sea la necesidad.

IV. Contenido técnico

Las modalidades de teleasistencia que se brindarán son: teletriage, telemonitoreo, teleorientación y teleconsejería, según el contexto de cada necesidad identificada.

A) Prestación de la atención de teleasistencia

1. La teleasistencia estará a cargo de un grupo de profesionales de salud que se denominarán teleoperadores médicos y no médicos, quienes se encargarán del teletriage, teleorientación, telemonitoreo y teleconsejería, a través de llamadas telefónicas o videollamadas, según corresponda, o derivando para atención presencial, según la necesidad identificada, durante la pandemia por COVID-19.
2. Se brindará educación para la salud (información, orientación y consejería educativa), a distancia sobre los programas preventivos priorizados durante la pandemia.
3. Las atenciones se realizarán de la siguiente forma:

Documento Derogado

- El horario de trabajo es de lunes a viernes de 7:30 am – 3:30 pm o de acuerdo con la evolución de la pandemia en el ámbito nacional.
- Los servicios se brindarán por teleoperadores médicos y no médicos del Ministerio de Salud designados por turno, que atenderán desde el centro de llamadas, en horario establecido.
- El centro de llamadas denominado Telecentro, contará con un coordinador médico quien será el responsable de la gestión, monitoreo y evaluación. Asimismo, con un apoyo informático quien dará el soporte técnico a los equipos del Telecentro.

B) Teleoferta de servicios de salud

El Telecentro tiene un número específico para la recepción de la llamada, el cual desplegará un sistema de menú y submenú para la selección de la opción de los programas preventivos priorizados, estas serán remitidas a un teleoperador no médico en los casos siguientes:

- Agendamiento de citas por programas preventivos
- Agendamiento de citas por el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Para realizar el agendamiento, los teleoperadores no médicos contarán con una hoja con criterios que permitan decidir la necesidad de la realización de dicha atención, dependiendo del riesgo se puede transferir la llamada al teleoperador médico o viceversa.

La prestación de servicios de salud priorizados a brindar bajo los presentes lineamientos técnicos, serán categorizados en menú principal y submenú de la siguiente forma:

1. Atención a la niñez
    1. Cita para inscripción o control
    2. Esquema de vacunación incompleto
    3. Por enfermedad
2. Atención prenatal y post parto
    1. Cita para inscripción o control
    2. Cita para exámenes de laboratorio o gabinete
    3. Por enfermedad
3. Atención en planificación familiar
    1. Cita para inscripción o control
    2. Abastecimiento de método de planificación familiar
    3. Efectos secundarios del método de planificación familiar
    4. Mujer con enfermedades crónicas que desee planificar.
4. Atención adolescencia
    1. Cita para inscripción o control

Documento Derogado

2. Por enfermedad
3. Otros (violencia, sospecha de embarazo)

5. Atención a personas con diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y cáncer.
   1. Agendamiento de consulta presencial
   2. Por complicación de enfermedad
   3. Abastecimiento de medicamento de receta repetitiva

6. Atención de problemas de salud mental

C) Modalidades de las prestaciones de atención

Proceso de atención de la teleoferta:

La persona realiza llamada telefónica solicitando el servicio, marca el número asignado para la atención requerida, selecciona el submenú definido y lo conecta con el teleoperador no médico o médico según sea el caso.

Para la teleasistencia del teleoperador no médico, deberá:

1. Recibir la llamada telefónica de las personas que solicitan atención remota de servicios de salud.
2. Registrar los datos de identificación del usuario en el SIAP.
3. Preguntar sobre el motivo de la llamada, asegurarse que sea solicitud de cita médica para atención presencial programada.
4. Para el caso de los establecimientos con Sistema de Información de Atención a Pacientes (SIAP), éste ingresará al módulo de citas del establecimiento de salud, donde se encuentra en control el paciente y agendará la atención presencial según disponibilidad.
5. Notificar al paciente la fecha, hora y lugar de la consulta.
6. En caso de los establecimientos que no cuenten con SIAP o que no se puedan agendar la cita correspondiente por SIAP, el teleoperador no médico elaborará a diario el listado de usuarios (ver anexo 10) que ameritan seguimiento o atención presencial programada por regiones de salud, a fin de que éstas realicen las acciones correspondientes según capacidad instalada.
7. Dar teleorientación al paciente.

Documento Derogado

Para el teleoperador médico:

Para el caso de atención a la niñez (ver flujograma anexo 1):

1. Si el niño o niña presenta morbilidad se utilizará teletriage, aplicando una lista de chequeo (Anexo 6) para la teleasistencia con la madre o responsable del niño(a) menor de diez años.
2. Basado en el teletriage, puede realizar las siguientes acciones:
   a) Si identifica al menos un signo de peligro éste deberá ser derivado urgentemente al hospital más cercano, además, brindar teleorientación necesaria para su traslado, si éste se hace a través del SEM, el teleoperador médico deberá realizar la coordinación correspondiente.
   b) Si no se identifica algún signo de peligro, pero presenta sintomatología que requiere un tratamiento ambulatorio, se le derivará al establecimiento de primer nivel más cercano, proporcionando las teleorientaciones necesarias de acuerdo a cada caso.
   c) Si la llamada no requiere un tratamiento para el niño o niña menor de 10 años el teleoperador médico, brindará teleorientación y de ser necesario comunicará al establecimiento de salud para la realización de visita domiciliar, según los Lineamientos técnicos para la atención de embarazadas, niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención y centros de contención durante la pandemia de COVID-19 (niños y niñas con factores o condiciones de riesgo como: prematurez, bajo peso, síndrome de Down, enfermedades crónicas o discapacidad, entre otros).
   d) El teleoperador médico deberá proceder a pasar hoja filtro para niño o niña para COVID-19; si éste lo cataloga como caso sospechoso de COVID-19, realiza enlace al 132.

Para el caso de embarazadas y mujeres durante el postparto (ver flujograma anexo 2)

1. Si el motivo de la llamada está relacionado con la presencia de signos o síntomas de alarma, se procede a realizar teletriage a través de una lista de chequeo para embarazada y post parto (anexo 7).
   - Si el teletriage identifica uno o más signos o síntomas de alarma, realizar el enlace con el SEM para movilizar a la embarazada o puérpera de una forma rápida y oportuna al hospital correspondiente.

Documento Derogado

- Si no se identifica algún signo de peligro, pero presenta sintomatología que requiere un tratamiento ambulatorio, se le derivará al establecimiento de primer nivel más cercano, proporcionando teleorientación según la necesidad identificada.
- Si de acuerdo al interrogatorio, no se detectan signos o síntomas de alarma, se le proporciona teleorientacion de acuerdo a cada caso.

3. Si el motivo de la llamada está relacionado con la presencia de signos o síntomas de COVID-19 en la embarazada o durante el post parto:
   - El teleoperador médico procede a pasar hoja filtro para embarazada o mujer durante el post parto para COVID-19; si éste lo cataloga como caso sospechoso de COVID-19, realiza enlace al 132.

Para el caso de servicios de anticoncepción (ver flujograma anexo 4):

1. Si el motivo de la llamada está relacionado con la presencia de efectos secundarios a los anticonceptivos, el teleoperador médico procede a dar teleconsejería, según criterios de elegibilidad médica basados en los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción.
2. Si se identifica algún tipo de complicación que requiera cambio de método de anticoncepción, se le derivará al establecimiento de primer nivel más cercano, proporcionando la teleorientación necesaria de acuerdo a cada caso.
3. Si el motivo de la llamada está relacionado con la presencia de signos o síntomas de COVID-19 en las personas:
   - El teleoperador médico procede a pasar hoja filtro para COVID-19; si éste lo cataloga como caso sospechoso de COVID-19, realiza enlace al 132.

Para el caso de atención para adolescentes (ver flujograma anexo 3)

1. Si el adolescente presenta morbilidad se realizará teletriage, aplicando la "Ficha para identificación de riesgo psicosocial en adolescentes" (anexo 8), para la teleasistencia con la madre o responsable del adolescente.
2. Basado en la lista de "Ficha para identificación de riesgo psicosocial en adolescentes", puede realizar las siguientes acciones:
   - Si se identifica al menos un signo de peligro éste deberá ser derivado urgentemente al hospital más cercano, además, brindar la teleorientación necesaria para su traslado, si éste se hace a través del SEM, se realizará la coordinación correspondiente.

Documento Derogado

- Si no se identifica algún signo de peligro en el paciente y requiera tratamiento ambulatorio o presenta sintomatología de embarazo se le derivará al establecimiento de primer nivel más cercano, proporcionando la teleorientación necesaria de acuerdo a cada caso.
- Si la llamada no requiere un tratamiento para el adolescente, se brindará teleorientación utilizando la *Guía para la consejería en la atención de adolescentes*.

e) Si el motivo de la llamada está relacionado con la presencia de signos o síntomas de COVID-19 en la persona:
   - El teleoperador médico procede a pasar hoja filtro para COVID-19; si éste lo cataloga como caso sospechoso, realizará enlace al 132 .

Para el caso de atención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) priorizadas (ver flujograma anexo 5):

1. Realizar teletriage aplicando la lista de chequeo, que permita identificar signos de alarma o factores de riesgo (anexo 9).
2. Basado en lo identificado con el teletriage, Si presenta uno o más signos o síntomas de alarma, el teleoperador médico, realiza las preguntas orientadas a detectar una posible emergencia por complicación de su condición o enfermedad de base; si éste es el caso, inmediatamente realiza un enlace con el SEM, para movilizar en forma rápida y oportuna al hospital correspondiente.
3. Si no se detectan signos o síntomas de alarma, se puede realizar las siguientes acciones:

   a) Brindar teleorientación y dar por finalizada la llamada.

   b) Indicar medicamentos, previamente prescritos por el médico en consulta (receta repetitiva), no debiendo cambiar esquemas de tratamiento y derivar para entrega en el establecimiento, donde se encuentra en control, para lo cual debe ingresarse la indicación en SIAP emergencia COVID 19 y al final de la jornada enviar lista de usuarios a la Región de Salud correspondeinte para seguimiento. El establecimiento de salud priorizado de acuerdo a los presentes lineamientos técnicos, deberá revisar a diario el SIAP emergencia COVID-19, para gestionar la entrega de medicamentos.

   c) Si no se detectan signos o síntomas de alarma, pero se necesita telemonitoreo de glucometría o presión arterial electrónica, se deben reforzar conocimientos sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico, el teleoperador médico realizará la

Documento Derogado

atención por videollamada en el momento, si existe disponibilidad del recurso humano y tecnológico, si no se le dará cita, tomando en cuenta que debe completar los datos del usuario, indicar la disponibilidad de horarios para acordar una fecha; posteriormente, se le explica al usuario que se enviará un enlace electrónico, para acceder a su cita en la fecha y hora establecida.

d) El teleoperador médico responsable de la atención de las videollamadas agendadas, recibirá el enlace electrónico, con los privilegios de acceso y uso para conducir la videollamada e ingresará a la plataforma, al menos 10 minutos antes de la cita, para esperar que el usuario se conecte. En caso que el usuario no se conecte, 5 minutos posteriores a la hora de inicio de su cita, el teleoperador le llamará vía telefónica para investigar la causa que limitó la conexión y reprogramará la cita o referirá a un establecimiento de salud para atención presencial.

4. Si no se identifica algún signo de peligro, pero presenta sintomatología que requiere un tratamiento ambulatorio, se le derivará al establecimiento de primer nivel más cercano, proporcionando la teleorientación necesaria, de acuerdo cada caso.
5. Si de acuerdo a lista de chequeo, no se detectan signos o síntomas de alarma, se le proporcionará teleorientación de acuerdo al caso.
6. Si el motivo de la llamada está relacionado con la presencia de signos o síntomas de COVID-19 en la persona: el teleoperador médico procede a pasar hoja filtro para COVID-19; si éste detecta posible caso, realiza enlace al 132.
7. El teleoperador médico responsable de la videollamada agendada, se encargará de elaborar un reporte semanal de las videollamadas realizadas en el sistema definido para tal fin.

Para el caso de la atención de salud mental

Profesionales de salud del área de psicología brindarán atenciones por turnos presenciales en los telecentros atendiendo llamadas de personas que lo requieran, en horario de 24 horas.

Teleoferta de servicios de salud mental

Se habilitarán 5 centros regionales de llamadas de los cuales 2 se activarán de forma rotativa en turnos de 24 horas los 7 días de la semana y días festivos.

Proceso de atención de la teleoferta:

Documento Derogado

El Telecentro recepcionará las llamadas y desplegará el menú de atención en salud mental, luego la llamada será derivada a un teleoperador no médico, quien deberá aplicar la lista de chequeo, para realizar teletriage e identificar presencia de riegos, si hay presencia de riesgos graves, deberá decidir entre las las siguientes opciones:

1. Atención psicológica
2. Atención psiquiátrica

Atención psicológica

1. El teleoperador psicólogo recibe la llamada, registra el nombre de la persona en el SIAP emergencias COVID-19 y aplica el cuestionario de síntomas (SQR) que permite establecer una puntuación que le orienta sobre los síntomas relevantes a tratar y realiza la historia longitudinal abreviada.
2. Si en el cuestionario SQR obtiene un puntaje bajo, y ha finalizado la historia clínica de salud mental longitudinal abreviada, puede realizar procedimientos de atención de salud mental como primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, psicoterapia individual y define si cierra el proceso de atención, brindan teleorientación y se finaliza la llamada, o continua el seguimiento de la persona agendando una nueva cita.
3. Si el teleoperador psicólogo durante la evaluación, obtiene un puntaje alto en SQR, identifica signos de alarma, o el paciente amerita atención especializada debe transferir la llamada para ser atendido por el teleoperador psiquiatra de turno.

Atención psiquiátrica

El usuario podrá acceder a una atención psiquiátrica:

1. Derivado del teleoperador psicólogo.
2. Derivado del teleoperador no médico.

Proceso de atención de la teleoferta psiquiátrica

El teleoperador psiquiatra realiza la historia clínica de salud mental de seguimiento en el SIAP emergencia COVID-19. De acuerdo a la evaluación pueden realizarse las siguientes acciones:

1. Brindar teleasistencia sin necesidad de abordaje farmacológico,
2. Si después de la evaluación identifica riesgo moderado y considera la necesidad de tratamiento farmacológico, prescribirá el tratamiento, el cual debe ser administrado de forma controlada por la persona responsable más cercana al usuario.
3. Proporcionar cita de seguimiento registrándolo en el sistema (agendamiento de citas), o

Documento Derogado

4. Derivar al psicólogo que realizó la evaluación inicial para continuar con el seguimiento.
5. Si en la evaluación clínica se identifican factores de riesgo altos como agitación extrema, ideación suicida estructurada, conductas autolíticas y/o heterolíticas, cuadros psicóticos, y amerita ingreso hospitalario, se transfiere la llamada al SEM.

De los lugares de trabajo para atención de salud mental

1. Los profesionales de salud realizarán la labor desde sus centros de trabajo o desde su domicilio.
2. En modalidad presencial utilizarán el equipo asignado o disponible.
3. En modalidad domiciliar utilizarán sus propios teléfonos para enlazar la llamada, computadoras e internet para acceder al SIAP emergencias COVID-19.

Telecentro para atención de salud mental

Funcionarán como telecentros las cinco Regiones de Salud, los hospitales y los centros designados para este fin.

D. Registro de información

1. Para el registro de información se habilitará el módulo SIAP Emergencia COVID-19, que se encontrará en línea.
2. Las atenciones que brindan psicólogos y psiquiatras que se encuentran concentrados en las cinco regiones de salud y en hospitales del MINSAL, se deben registrar utilizando la historia clínica longitudinal de salud mental en su versión abreviada como documento oficial.
3. Los profesionales de salud mental, podrán acceder a la historia clínica en el sistema, previa habilitación, utilizando las credenciales asignadas.
4. Los diagnósticos de las atenciones brindadas, se registrarán bajo la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Eventos Relacionados a la Salud CIE-10 y los tratamientos con base a la normativa institucional para la atención en salud mental y psiquiatría.

E. Prescripción y entrega de medicamentos.

Para la prescripción y entrega de medicamentos para reabastecimiento de las personas con ECNT, métodos de planificación familiar, micronutrientes y otros, se cuenta con los siguientes medicamentos, de acuerdo con el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME).

Documento Derogado

Micronutrientes para embarazadas o niñez

- Hierro
- Hierro + ácido fólico
- Hierro jarabe
- Vitamina A de 50,000 o 200,000 Unidades
- Zinc jarabe

Métodos de anticonceptivos

- Anticonceptivos orales
- Anticonceptivos inyectables
- Condones masculinos y femeninos

Antihipertensivos

- IECA: enalapril 20 mg/tab
- Beta bloqueante: Propranolol 40 mg/tab
- ARA II: Irbesartán 150 mg/tab
- Calcio antagonista: Amlodipina 5 mg /tab
- Diurético: Hidroclorotiazida 25 mg/tab

Hipoglucemiantes orales

- Metformina 850 mg/tab
- Glibenclamida 5 mg /tab

Otros:

- Ácido acetilsalicílico 100 mg/tab

Medicamentos oncológicos

- Tamoxifeno.

Medicamentos para cuidados paliativos

- Haloperidol tabletas, ampollas, gotas
- Clorpromazina 100 mg tableta y ampollas 50mg/ampolla
- Dimenhidrinato tabletas y ampollas
- Dextrometorfano jarabe
- Metoclopramida ampollas y tabletas
- Acetaminofén tabletas
- Diclofenaco tabletas y ampollas
- Lactulosa

Documento Derogado

- Carbamazepina 200 mg tableta
- N-butilhioscina tabletas y ampollas
- Clorfeniramina tabletas y ampolla
- Ketorolaco, ampollas
- Dexametasona frasco
- Lidocaína 2% frasco de 50 ml
- Amitriptilina
- Ranitidina tabletas y ampollas
- Loratadina 10 mg tableta

Para el caso de los medicamentos que requieran recetas controladas, se deberán derivar los pacientes con el coordinador de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital más próximo según área geográfica.

Medicamentos para salud mental.

Para la prescripción y entrega de medicamentos por trastornos en la salud mental, se cuenta con los siguientes medicamentos según el LIME, modalidad avalado por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).

Antipsicóticos:

- Haloperidol 5 mg tabletas y 2mg/mL frasco gotero
- Risperidona 2mg tableta y 1mg/mL frasco gotero
- Clorpromazina 100 mg tabletas
- Decanoato de Flufenazina 25mg/ml ampollas
- Olanzapina 10mg tableta
- Clozapina 100mg tableta

Ansiolíticos

- Lorazepam 2mg tableta
- Clonazepan 2mg tableta

Antidepresivos

- Sertralina 50 mg tableta
- Amitriptilina 25 mg tabletas
- Imipramina 25 mg tabletas
- Fluoxetina 25mg cápsulas
- Clomipramina 25mg tabletas
- Duloxetina 60mg cápsulas

Modulador del Afecto

- Carbamazepina 200 mg tabletas

Documento Derogado

- Ácido valproico 500mg tableta
- Carbonato de litio 300mg cápsula

Anticolonérgico

- Biperideno 2mg tableta.

Será del conocimiento de los directores de hospitales y jefaturas de farmacia el listado de médicos psiquiatras autorizados para la implementación de los presentes lineamientos técnicos; además de ser los responsables de autorizar la entrega de los medicamentos destinados a los centros de contención y albergues de su área de responsabilidad, donde haya un paciente que amerite el uso de estos psicofármacos. El mismo procedimiento será para la población en general que amerite el medicamento.

Será responsabilidad del director del hospital o de la persona a quien él delegue, asegurar el transporte y la entrega de los medicamentos requeridos en el centro de contención o albergue.

Proceso de prescripción y entrega de medicamentos para programas preventivos priorizados.

El médico director del establecimiento de salud, delega al referente del programa preventivo priorizado para:

- Solicitar a ESDOMED el expediente clínico del establecimiento de salud; en caso de no contar con expediente clínico solicitar su elaboración para emitir la receta (incluye únicamente los medicamentos de recetas repetitivas) y realizar el descargo del medicamento por el área de farmacia, luego colocar nota al expediente de la prescripción hecha por el teleoperador médico (aplica únicamente para establecimientos con SIAP). La atención se anotará en el Registro Diario de Consulta.
- Hacer las coordinaciones en el establecimiento para la entrega de medicamentos al usuario, utilizando las modalidades implementadas (entrega domiciliar por correo o entrega por promotor de salud o abastecimiento presencial programado), en el marco de la pandemia por COVID-19.

Proceso de prescripción y entrega de medicamentos para salud mental.

El médico director del hospital deberá asignar a una persona encargada para el proceso que se describirá a continuación:

1. Cuando el médico psiquiatra identifique la necesidad de indicar tratamiento farmacológico a una persona que se encuentra en un centro de contención o albergue, ubicado en el área de responsabilidad del hospital, deberá solicitar a ESDOMED la elaboración de expediente

Documento Derogado

clínico del hospital bajo la modalidad telesalud emergencia COVID-19, para emitir la receta pertinente y realizar el descargo del medicamento por el área de farmacia. Al mismo tiempo deberá imprimir la hoja de historia clínica y retirar el medicamento en farmacia para entregarla a la persona asignada por el médico director.

2. La persona designada por el médico director deberá hacer las coordinaciones en el establecimiento para el traslado directo del medicamento hasta el centro de contención o albergue, además deberá comunicar al encargado del centro de contención o albergue el tratamiento indicado.

3. Toda atención brindada incluida la prescripción del medicamento, deberá ser registrada por el médico tratante en el sistema, y ser impreso y resguardado en la jefatura de consulta externa en una carpeta identificada como "Atenciones Salud Mental COVID-19". Al finalizar la emergencia pasara a resguardo bajo los lineamientos vigentes de ESDOMED.

4. Cuando el médico psiquiatra identifique la necesidad de indicar tratamiento farmacológico a una persona que se encuentra en un centro de contención o albergue ubicado fuera del área de responsabilidad del hospital donde se encuentra de turno, deberá coordinar con el médico psiquiatra del hospital de referencia más cercano a su área de responsabilidad y realizar los pasos descritos en el numeral del 1 al 3 y solicitar a ESDOMED la elaboración de expediente clínico del hospital bajo la modalidad telesalud emergencia COVID-19, para emitir la receta pertinente y realizar el descargo del medicamento por el área de farmacia.

   Es importante hacer mención que, si el paciente es atendido fuera de horarios diurnos o fin de semana y es catalogado de riesgo, de acuerdo a los Lineamientos técnicos de atención integral en psiquiatría y salud mental, el médico que realiza la teleasistencia debe informar al responsable del centro de contención o albergue para que coordine la movilización del paciente según los lineamientos vigentes al hospital o centro autorizado para dicho caso.

F. Registro de información

1. Como elemento de respaldo legal, todas las llamadas realizadas bajo esta modalidad serán grabadas por el tiempo establecido en las normativas institucionales para la atención, lo cual el teleoperador médico y no médico debe informar al usuario. En cada hoja de atención utilizada para brindar el servicio, se incluirá el código de la grabación de la llamada realizada. Estas llamadas serán colocadas en un sitio web y resguardadas por el Ministerio de Salud a nivel central.

2. Para el registro de información se habilitará en el Sistema SIAP, que se encontrará vía web, de donde se generará la lista de usuarios atendidos y derivados a los establecimientos de salud para entrega de medicamentos o visita domiciliar o atención presencial programada.

3. Lista de chequeo para identificación de signos de alarma o factores de riesgo de usuarios de los programas priorizados, la cual quedará almacenada en el sistema.

4. Los diagnósticos de las atenciones brindadas, se registrarán bajo la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Eventos Relacionados a la Salud CIE-10.

Documento Derogado

V. Glosario

e-Salud: Consiste en el apoyo de la utilización costo eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitaria, así como la educación, los conocimientos y la investigación en materia de la salud.

Telesalud: se refiere a la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud incluyendo servicios médicos, académicos, administrativos y técnicos, con el propósito de intercambiar información en el ámbito de la salud.

Telemedicina: es el suministro de servicios de atención sanitaria en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevado a cabo por profesionales sanitarios que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para hacer diagnósticos, prevención y tratamiento de enfermedades, formación continuada de profesionales en atención a la salud, así como para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades"

Teleasistencia: Estrategia de telemedicina que permite vincular a las personas con la red de salud, coordinando los recursos y dispositivos disponibles. Involucra acciones directas y bidireccionales, entre una persona fuera de un establecimiento de salud y un equipo y/o un aplicativo, los cuales interactúan mediante tecnologías de información y comunicación en salud en pro de mantener, control y mejoría de la salud individual.

Teleseguimiento: Es un ámbito de la teleasistencia en el cual el equipo de salud contacta a distancia a una persona con un problema de salud para pesquisar precozmente riesgos y prevenir complicaciones, con el fin de dar continuidad a los cuidados. Las personas ingresadas a programas de teleseguimiento serán contactadas por su establecimiento con una periodicidad definida, bajo modalidad sincrónica y serán evaluadas según protocolo.

Telemonitoreo: El uso de tecnologías de telesalud para recopilar datos médicos, tales como signos vitales, presión arterial u otros, de los pacientes en un lugar y transmitir electrónicamente esa información a los prestadores de salud en otro lugar. Los profesionales de la salud supervisan y evalúan estos pacientes de forma remota y, cuando es necesario, interviene realizando servicios médicos.

Documento Derogado

Teletriage: Corresponde a la actividad o proceso no programado de determinar la prioridad de los tratamientos que requieren los pacientes en función de la gravedad de su condición o afección realizado por miembros del equipo de salud, a través de tecnologías y medios de telecomunicación.

Teleorientación: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de salud, mediante el uso de las TICs, para proporcionar al usuario de salud, consejería y asesoría con fines de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

Teleconsejería: es la relación de ayuda establecida entre un profesional de salud y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones.

Teleoperador médico: personal médico que está capacitado para realizar teleasistencia.

Teleoperador no médico: personal no médico que está capacitado para realizar teleasistencia.

Tecnologías de información y comunicación (TIC): Son el conjunto de tecnologías desarrolladas para desarrollar información y enviarlas de un lugar a otro. Abarca un abanico de soluciones muy amplio. Incluyen las tecnologías para almacenar información y recuperarla después y, procesar información para poder calcular resultados y enviar informes.

Documento Derogado

VI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento.

Es responsabilidad del personal del MINSAL, dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

d) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en los presentes lineamientos técnicos se resolverá a petición de las partes, por medio de escrito dirigido al titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

VII. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del titular de esta Cartera de Estado. Los mismos quedarán sin efecto una vez finalice la pandemia por COVID-19.

San Salvador, a los diez días del mes de julio de dos mil veinte.

MINISTERIO DE SALUD
SAN SALVADOR
REP. DE EL SALVADOR, C.A.

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

Documento Derogado

VIII. Bibliografia

1. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC : OPS, 2016.

2. Glosario de Telesalud [Recurso electrónico]. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2018. https://cenetec-difusion.com/observatoriotelesalud/wp-content/uploads/2020/03/TS_GlosarioRevfinal_12-de-diciembre.pdf

3. Artaza Barrios, Osvaldo y colaboradores. Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. 2017. ISBN 978-950-710-128-1.

4. Organización Mundial de la Salud. Declaratoria WHO58.28 Cibersalud, 58ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo 2005. Ginebra. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/wha58_28-sp;jsessionid=2F51EB8530431B0A98624B3C402D0E00?sequence=1

5. Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud. Washington, DC: 2014. ISBN 978-92-75-31828-7. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28391/9789275318287_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Telesalud de Chile, 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf

7. Joseba Rabanales Sotosa, Ignacio Párraga Martínez, Jesús López-Torres Hidalgo, Fernando Andrés Pretela, y Beatriz Navarro Bravo, "Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: Telemedicina", REV CLÍN MED FAM, vol. 4 (1), pp. 42–48, 2011. Página 42. https://issuu.com Codificación Oncológica HIS- Uso del Telemonitoreo y Teleorientación en el Contexto de la Pandemia COVID-19/jenifferpoloe/docs/telemedicina

8. WHO Global Observatory for eHealth. (2006). Building foundations for eHealth : progress of member states : report of the Global Observatory for eHealth. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43599

9. USA. Public Health Institute, Center for Connected Health Policy (eds.): State Telehealth Laws and Reimbursement Policies (Fall 2019). URL https://www.cchpca.org/telehealth-policy/statetelehealth-laws-and-reimbursement-policies-report

10. Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario, Canada. Teletriage Health Services. Chapter 3 - Section 3.13 http://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en09/313en09.pdf

11. Yvette van Ierland, Mirjam van Veen, Linda Huibers, Paul Giesen, Henriëtte A Moll, Validity of telephone and physical triage in emergency care: The Netherlands Triage System, Family Practice, Volume 28, Issue 3, June 2011, Pages 334– 341, https://doi.org/10.1093/fampra/cmq097

Documento Derogado

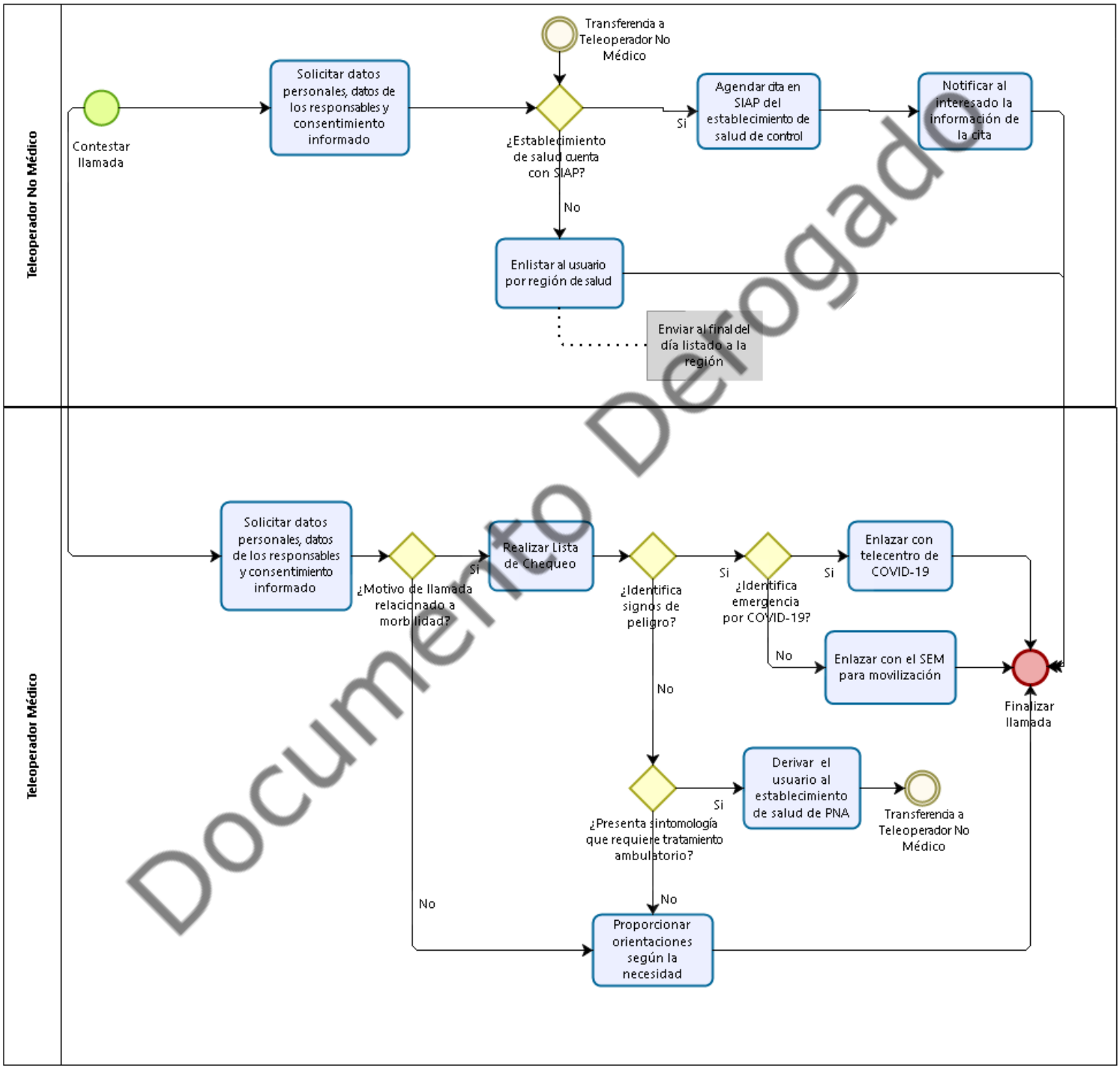
12. Ministerio de salud de Perú. Codificación Oncológica HIS- Uso del Telemonitoreo y Teleorientación en el Contexto de la Pandemia COVID-19. 2020.

IX. Anexos

Documento Derogado

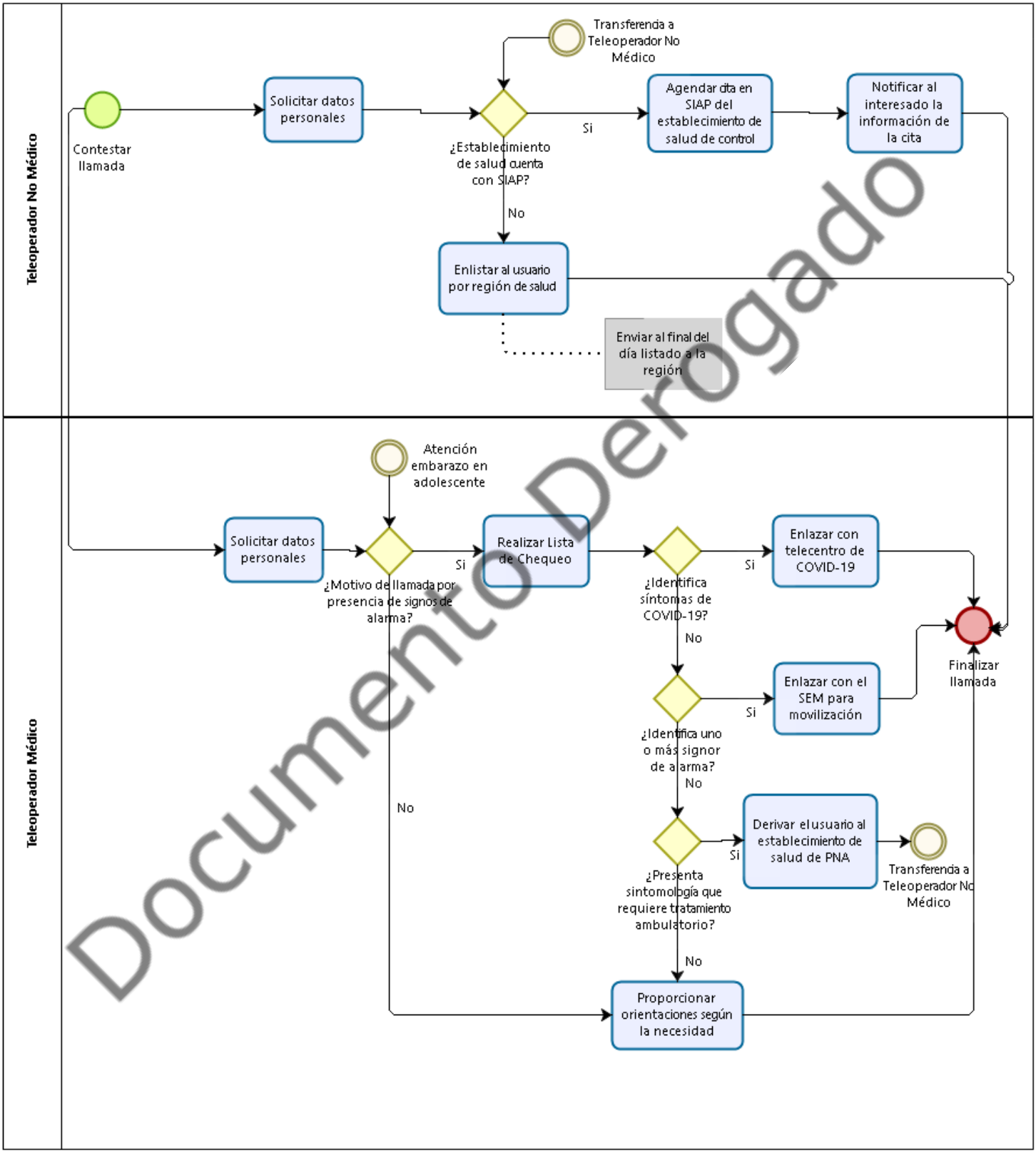
Flujogramas de atencion de teleasistencia

Anexo 1. Procedimiento: atención a la niñez (niñas y niñas menores de 10 años



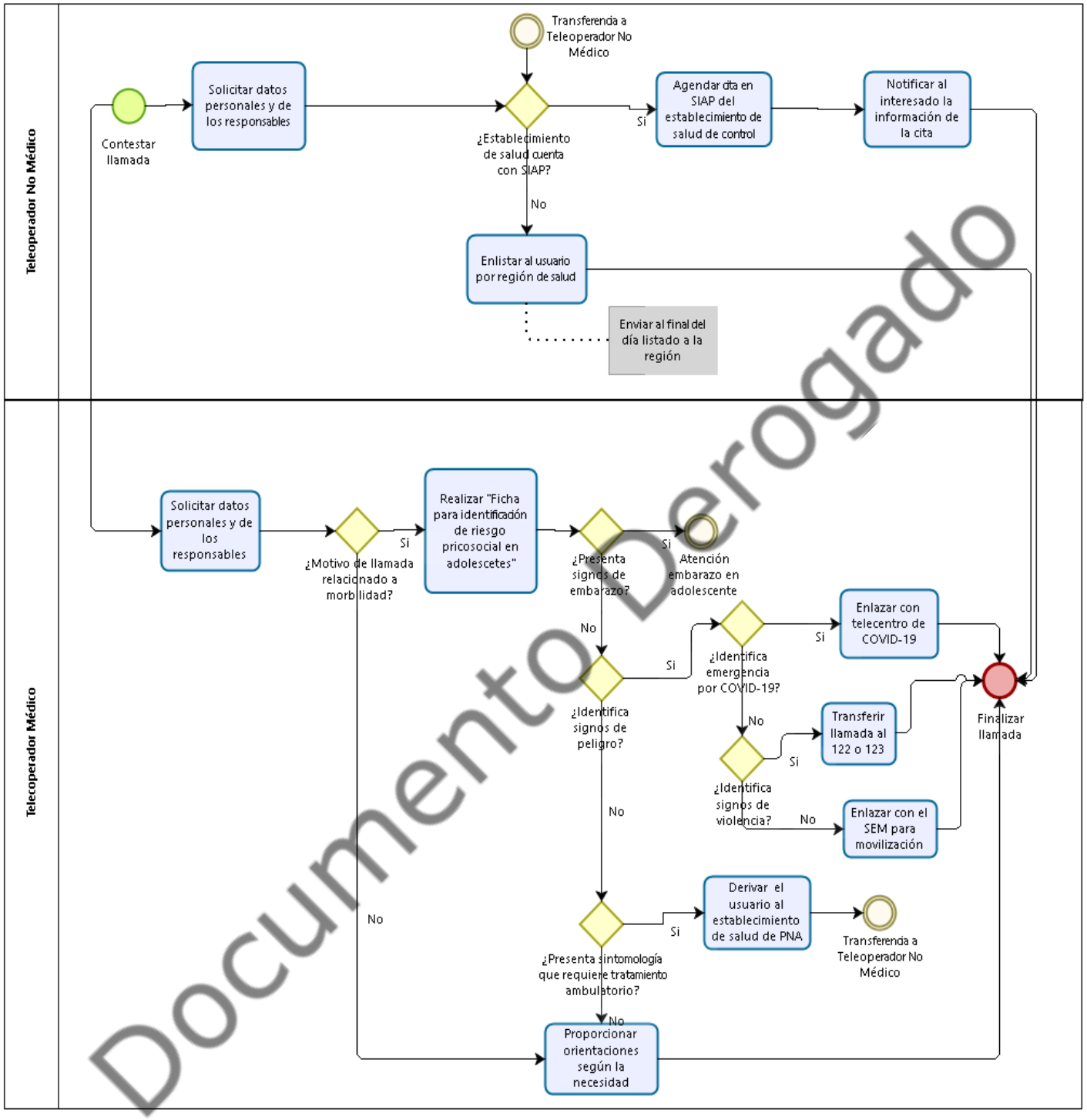
Documento Derogado

Anexo 2. Procedimiento: atención a embarazada

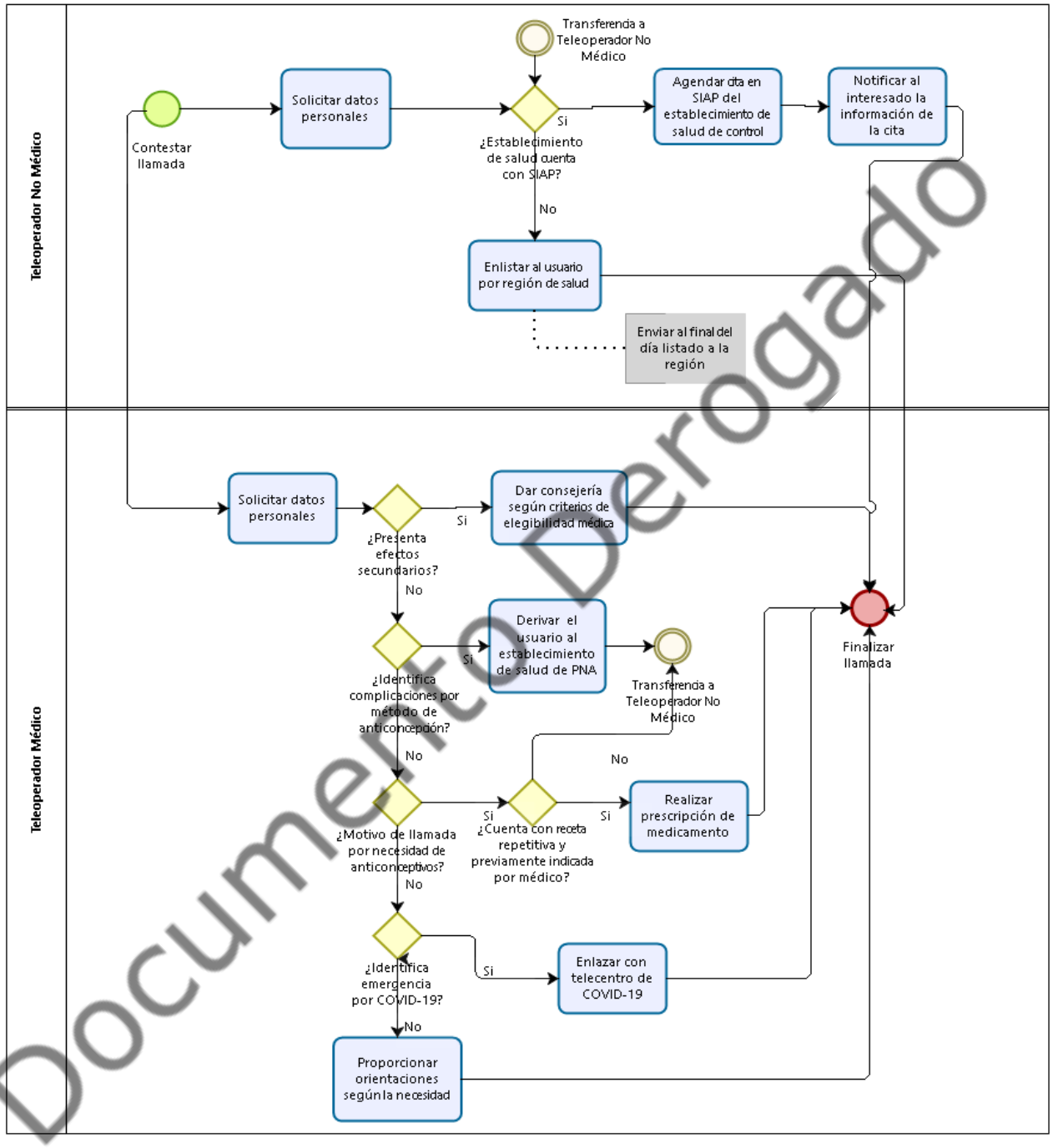


Documento Derogado

Anexo 3. Procedimiento: atención a los adolescentes



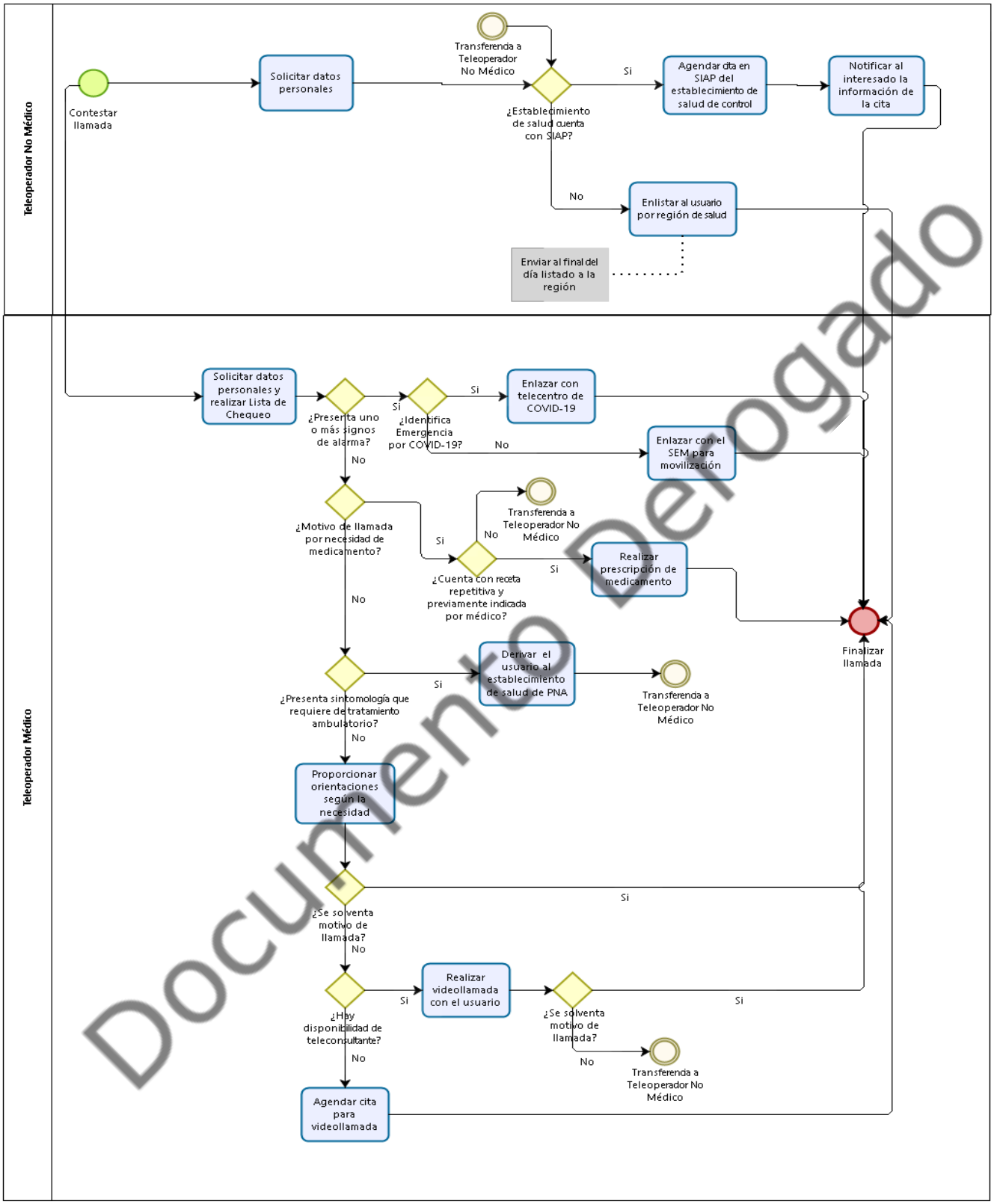
Anexo 4. Procedimiento: atención de mujer por anticoncepcion



Documento Derogado

Powered by bizagi Modeler

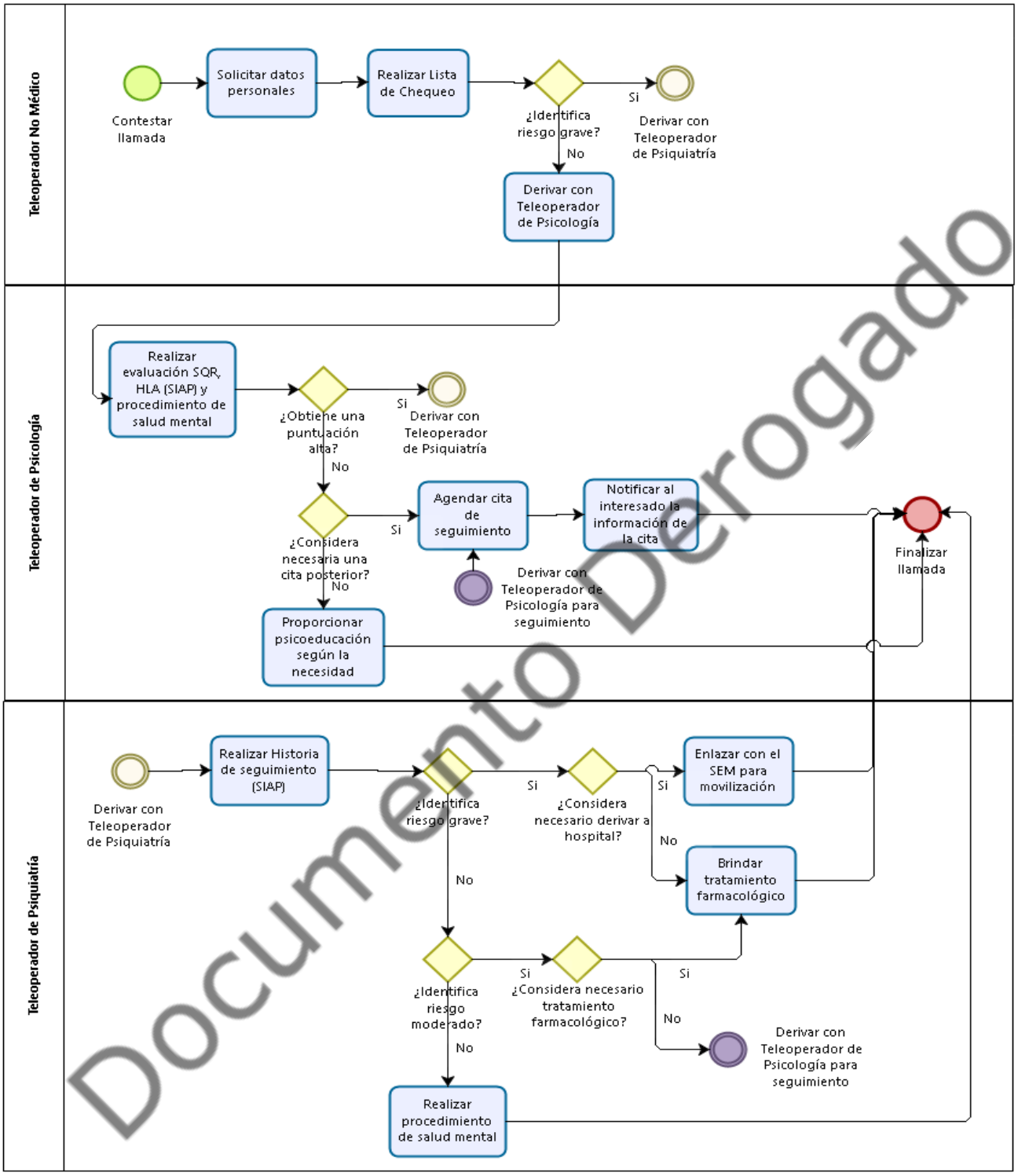
Anexo 5. Flujograma enfermedad crónica no transmisibles.



Documento Derogado

Powered by bizagi Modeler

Anexo 6. Flujograma de la atención de salud mental



Documento Derogado

Powered by bizagi Modeler

Anexo 7. Lista de chequeo para teleasistencia con la madre o responsable del niño(a) menor de diez años de edad.

Identificación

Nombre del Establecimiento de Salud:		**No. de Expediente clínico:**	
Nombre y apellido de Paciente:		**Edad:**	**Sexo:**
Nombre y apellido de la madre o responsable:		**No de Expediente clínico de la madre:**	
No. Telefónico de la madre o responsable:	**Fecha de llamada telefónica: (día/mes/año)**	**Hora de inicio de llamada telefónica: (modalidad 24 horas)**	

PRESENTACIÓN

Buenos días (tardes), mi nombre es (decir su nombre y apellido), soy (decir profesión), que trabajo en (decir nombre de la UCSF), en esta ocasión (mencionar nombre completo de usuaria), estamos realizando llamada telefónica a todas las madres o responsables de (recién nacidos y niños(as) menores de cinco años) que han asistido a nuestro establecimiento de salud para saber cómo está su salud. Me gustaría hacerles algunas preguntas sobre su hijo/hija, la llamada no demorara más 15 minutos. Toda la información que nos proporcione es confidencial, la anotaremos en su expediente clínico y no se divulgara con nadie. Esta llamada será grabada para su seguridad y veracidad de los datos.

Consentimiento Informado ☐ **Si** ☐ **No**

1. ESTA INFORMACIÓN SE REALIZARÁ A TODAS LAS MADRES O RESPONSABLES DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE DIEZ AÑOS DE EDAD. **(marcar con una X según corresponda)**

INFORMACION GENERAL	Si	No	Complemento
1. ¿ Su hijo (a) encuentra en control de niño sano? Si la respuesta es sí , mencione el lugar o institución escriba su respuesta en la columna de complemento			
2. ¿Le identificaron a su hijo(a) algún riesgo en su último contacto con el establecimiento de salud Si la respuesta es si , mencione el lugar o institucion escriba su respuesta en la columna de complemento			
3. ¿Tiene su hijo(a) completo su esquema de vacunación?			
4. ¿Está su hijo(a) tomando alguna medicación (vitaminas) actualmente?			
5. ¿Está su hijo(a) en control con el odontólogo?			
6. Le esta dando lactancia materna en el caso de los menores de 1 año menciona cuantas veces lo hace en 24 horas			
7. ¿Está su hijo (a) comiendo y bebiendo bien?			
8. ¿Conoce cual es el estado de nutrición de su hijo(a)? pídale que revise su cartilla de control de niño sano, si responde que conoce su estado nutricional menciónelo y escríbalo en la columna de complemento			
9. Conoce cual es el estado de desarrollo de su hijo(a)? pidale que revise su cartilla de control de niño sano y si tiene algún riesgo menciónelo y escríbalo en la columna de complemento			

Documento Derogado

2. ___Esta información es solo para ser repondida por madres de menores de dos meses de edad. **Señora le haré una serie de preguntas sobre su hijo(a), me informa si presenta alguno de los siguientes signos o síntomas.** (marcar con una X según corresponda)

SIGNOS DE PELIGRO	Si	No	Acción a realizar
10. ¿Esta quejumbroso y menos activo?			**Tiene que llevarlo a un hospital explicar a la madre que mantenga al recién nacido abrigado en el trayecto al hospital por ejemplo colocándolo en contacto piel a piel, debe colocarle ropa, gorro y calcetines, cubriéndolo con una frazada si el niño(a) no está febril, en caso de fiebre no sobre abrigarlo, no utilizar paños húmedos ni bañarlos para bajar la fiebre, si el estado del niño (a)lo permite continúe dando lactancia materna en el camino mientras llega al hospital**
11. ¿Ha presentado ataques o convulsiones?			
12. ¿Presenta abombamiento o hundimiento de la fontanela?			
13. ¿Presenta fiebre o está muy frio?			
14. ¿Tiene problemas para succionar adecuadamente la leche materna?			
15. ¿No ha orinado en los últimas 24 horas?			
16. ¿Ha presentado diarrea?			
17. ¿Ha presentado secreción abundante con pus en los ojos?			
18. ¿Esta amarillo?			
19. ¿Esta moradito?			
20. ¿El ombligo esta rojo, supura, está sangrando o tiene mal olor?			
21. ¿Tiene ronchas con pus en toda la piel?			

3. ___ESTA INFORMACIÓN SE REALIZARÁ A NIÑOS(AS) DE 2 MESES A 10 AÑOS (marcar con una X según corresponda)

SIGNOS DE PELIGRO	Si	No	Acción a realizar
22. ¿No puede beber o tomar pecho?			**Tiene que llevarlo urgentemente al hospital**
23. ¿Vomita todo explicar que para que esto se cumpla el vómito tiene que ser en proyectil y abundante?			
24. ¿Presenta movimientos raros o convulsiones (como un chupeteo o pedaleo, movimientos de brazos o piernas?			
25. ¿No se puede despertar o esta adormecido?			

DIARREA	Si	No	Acción a realizar
26. ¿Es menor de 2 meses?			**Pídale que consulte inmediatamente a un hospital**
27. ¿Presenta cualquiera de los siguientes signos: ojos hundidos, boca y lengua, seca, llora sin lagrimas			
28. ¿La diarrea es mayor de 14 días?			**Pídale que consulte inmediatamente a una UCSF**
29. ¿Presenta sangre en las heces?			
30. ¿Cuántas evaluaciones ha realizado en las últimas 24 horas?			
31. ¿A presentado vómitos?			

PROBLEMAS RESPIRATORIOS (TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR)	Si	No	Acción a realizar
32. Vuelve a preguntar si hay alguna signo de peligro que tiene que ver con dificultad para respirar como es el caso de los tirajes, ruidos respiratorios o cansancio si los presenta			**Pídale que consulte inmediatamente a un a hospital**
33. ¿Pídale a su madre que cuenta las respiraciones por minuto como lo hará? dígale a la madre que fije un punto en el tórax o abdomen donde se puede observar fácilmente la reparación y que cuente las respiraciones por 1 minuto,			
34. ¿ Cuantas respiraciones le contó en un minuto?			
35. ¿Lo clasifica como respiración rápida? (en el menor de 2 meses se cataloga respiración rápida cuando tiene mas de 60 respiraciones por minuto, en el de 2 meses a 1 año si tiene mas de 50, en el de 1 a 5 si tiene mas de 40 por minuto y de 5 a 10 si tiene mas de 30 respiraciones por minuto)			**Solicite que consulte inmediatamente a un establecimiento de salud UCSF**
36. Si el niño(a) presenta tos y secreción nasal pero no tiene tirajes respiración rápida, cansancio o ruidos respiratorios			**recomiende abundantes líquidos, mantener la lactancia materna libre demanda y alimentación adecuada, refuerce cuales son los signos de peligro y cuando consultar de inmediato si se presenta algún signo de peligro**

Documento Derogado

SI EL NIÑO(A) TIENE FIEBRE Y PRESENTA ADEMAS	Si	No	Acción a realizar
37. ¿Su hijo(a) pasa adormecido o le cuesta despertar?			**Acudir a una establecimiento de salud, siga amamantándole, utilice medios físicos para disminuir las fiebre, dar sales de rehidratación oral, no auto medicar reforzar a la madre los signos de peligro y cuando debe consultar si se presentan nuevamente.**
38. ¿Ha convulsionado?			
39. ¿Presenta alguna manifestación de sangrado en cualquier parte de cuerpo encillas, nariz, orina heces , puntos rojos en la piel?			
40. ¿Antecedentes de enfermedad del corazón, prematurez y / o desnutrición?			
41. ¿Ha presentado dolor abdominal?			
42. ¿Cianosis o coloración morada de piel y mucosas?			
43. ¿Ronchas en todo el cuerpo?			

SI EL NIÑO(A) TIENE PROBLEMAS DE OÍDOS	Si	No	Acción a realizar
44. ¿Dolor de oído?			**Referencia a UCSF**
45. ¿Tiene inflamación?			
46. ¿Tiene supuración?			

TIENE EL NIÑO (A) PROBLEMAS DE GARGANTA	Si	No	Acción a realizar
47. ¿Dolor de garganta?			**Referencia a UCSF**
48. ¿Tiene ronquera?			

RIESGO SOCIAL	Si	No	Acción a realizar
49. ¿Zona geográfica de difícil acceso o riesgo?			**Referencia a hospital**
50. ¿Etnoprácticas?			
51. Dificultad de comprensión de indicación medica			
52. Actitud negativa			
53. Acceso Limitado de transporte			
54. Múltiples consultas			

Observación general

Modalidad de Atención a infantil

Presencial				
Llamada telefónica				

Conducta a seguir

Requiere presencia del niño(a) en UCSF		**Si**		**No**	Fecha de consulta en UCSF:
Requiere niño(a) una referencia a hospital		**Si**		**No**	Fecha de referencia a hospital:
Requiere visito domiciliar		**Si**		**No**	
No. de contacto telefónico para seguimiento de caso	**Fijo:**				**Móvil:**
Nombre y apellido de un contacto telefónico:					Parentesco:
Nombre y apellido de profesional que realizo llamada telefónica:					Cargo:
Hora de finalización de llamada:			Fecha de próxima llamada telefónica:		

Documento Derogado

Anexo 8. Lista de chequeo para teleasistencia de embarazada y mujer durante el post parto

Identificación

Nombre del establecimiento de salud:					Número. de expediente clínico:
Nombre y apellido de paciente:					Edad:
Nombre y apellido del responsable (Si es menor de edad):					
Tipo de paciente: (marcar con una x según corresponda)		Embarazada		Puérpera	Semanas de gestación:
Número telefónico de paciente:	Fecha de llamada telefónica: (día/mes/año)				Hora de inicio de llamada telefónica: (modalidad 24 horas)

PRESENTACIÓN:

Buenos días (tardes), mi nombre es (decir su nombre y apellido), soy (decir profesión), que trabajo en (decir nombre de la UCSF), en esta ocasión (mencionar nombre completo de usuaria), estamos realizando llamada telefónica a todas las pacientes (embarazadas o puérperas) que han asistido a nuestro establecimiento de salud para saber cómo está su salud. Me gustaría hacerles algunas preguntas sobre su (embarazo/puerperio), la llamada no demorara más 15 minutos. Toda la información que nos proporcione es confidencial, la anotaremos en su expediente clínico y no se divulgará con nadie. Esta llamada será grabada para su seguridad y veracidad de los datos.

Consentimiento Informado ☐ Si ☐ No

4. ___ESTA INFORMACIÓN SE REALIZARÁ A TODAS LAS ENTREVISTADAS_(marcar con una X según corresponda)

55.	¿Le identificaron algún riesgo en su último contacto con el establecimiento de salud (USCF u hospital)	☐ Si	☐ No
56.	¿Está tomando alguna medicación (hierro, ácido fólico, calcio)?	☐ Si	☐ No
57.	¿Está comiendo y bebiendo bien?	☐ Si	☐ No
58.	¿Tiene problemas para defecar?	☐ Si	☐ No

5. ___ESTA INFORMACIÓN ES SOLO PARA MUJERES EMBARAZADAS DE 1 A 14 SEMANAS DE GESTACIÓN

(marcar con una X según corresponda)

INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL	Si	No	Acción a realizar
59. ¿Ha presentado náuseas?			Dar orientaciones
60. ¿Ha presentado vómitos? (Si es si pasar a pregunta 3, Si la respuesta es no pasar a pregunta 9)			Si una o más respuesta son Sí. Recomendar consultar lo más pronto posible la UCSF
61. ¿Los vómitos presentados han sido mayor a 5?			
62. ¿Ha presentado debilidad a consecuencia de los vómitos?			
63. ¿Los vómitos impiden la ingesta de alimentos?			

6. ___ESTA INFORMACIÓN SE REALIZARÁ A TODAS LAS USUARIAS_(marcar con una X según corresponda)

Documento Derogado

ENFERMEDADES GENITOURINARIAS	Si	No	Acción a realizar
64. **¿Ha presentado disuria?** Consultar de la manera más fácil a las pacientes, Ejemplo: Quemazón al orinar, ardor al orinar, punzada al orinar, incomodidad al orinar			Si una o más respuesta son Sí. Recomendar consultar lo más pronto posible la UCSF
65. **¿Ha presentado poliaquiuria?** Pregunte si ha aumento el número de micciones durante el día, y si ha disminuido la cantidad			
66. **¿Ha presentado tenesmo vesical?** Consultar sobre si existe la dificultad al orinar que resulta dolorosa e incompleta			
67. **¿Ha presentado fiebre?**			
68. **¿Ha presentado leucorrea blanquecina, grisácea, verde, Amarilla?**			
69. **¿Presenta inflamación, enrojecimiento, escozor o prurito vulvar?**			

7. ___Esta información se realizará a todas las entrevistadas **(anotar Si o No según corresponda, llenará únicamente la columna según el periodo de gestación en el que esta la embarazada o si es puérpera**

SANGRADO /AMENAZA DE ABORTO O ABORTO/AMENAZA DE PARTO PREMATURO	1 a 14 SEM (Si/No)	15 a 22 SEM (Si/No)	> 22 SEM (Si/No)	Puérpera (Si/No)	Acción a realizar
70. **¿Ha presentado dolor abdomino pélvico de moderada a fuerte** intensidad? (puntaje de 5 o más en escala de 1 a 10)				xxxxx	Si una o más respuestas son Sí. Recomendar consultar lo más pronto posible al hospital más cercano
71. **¿Ha presentado sangrado tras vaginal?** Si la respuesta es no pasar a pregunta 23					
72. **¿Es el sangrado tras vaginal mayor, menor o igual que la menstruación?**					
73. **¿Ha sido necesario el uso de toalla sanitaria y el número de uso?**					
74. **¿Percibe olor fétido en el sangrado?**					
75. **¿Se siente débil o cansada desde el inicio del sangrado?**			xxxxx		
76. **¿Ha presentado salida de restos que recuerden carne molida?**			xxxxx	xxxxx	
77. **¿Presenta contracción (actividad) uterina?** Preguntar si ha percibido endurecimiento de su abdomen acompañado de dolor	xxxxx			xxxxx	

SEM: Semanas de embarazo **xxxxx Campos que no se deben llenar**

8. ___Esta información se realizará solo a las embarazadas **(anotar Si o No según corresponda, llenará únicamente la columna según el periodo de gestación en el que esta la embarazada)**

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1 a 14 SEM (Si/No)	15 a 22 SEM (Si/No)	> 22 SEM (Si/No)	Acción a realizar
78. **¿Ha presentado salida de líquido trasvaginal claro que moja ropa interior o muslos?**				Si una o más respuestas son Sí. Recomendar consultar lo más pronto posible al hospital más cercano
79. **¿Percibe olor fétido en el líquido?**	xxxxx			

9. ___Esta información se realizará a todas las entrevistadas **(anotar Si o No según corresponda, llenará únicamente la columna según el periodo de gestación en el que esta la embarazada o si es puérpera)**

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	1 a 14 SEM (Si/No)	15 a 22 SEM (Si/No)	> 22 SEM (Si/No)	Puérpera (Si/No)	Acción a realizar
80. **¿Tiene antecedentes de hipertensión arterial?**(diagnosticada por un medico					
81. **¿ Toma medicamentos para la presión arterial antes del embarazo?**					
82. **¿Hay presencia de cefalea frontal súbita de fuerte intensidad?**	xxxxx				Si una o más respuestas son Sí. Recomendar consultar lo más pronto posible al hospital más cercano
83. **¿Presenta trastornos visuales como escotomas, fosfenos, amaurosis?** **Escotoma:** Preguntar si existe ceguera en una zona del campo visual. **Fosfenos:** Preguntar por la aparición recurrente de centelleos y puntos de luz al cerrar y abrir los ojos. **Amaurosis:** Preguntar si hay pérdida de visión de un ojo.	xxxxx	xxxxx			
84. **¿Hay presencia de dolor en hipocondrio derecho o epigastrio súbito de fuerte intensidad?** Preguntar si hay presencia de dolor bajo la zona costal derecha o en la parte superior del abdomen.	xxxxx	xxxxx			

Documento Derogado

10. **Esta información solo se realizará a puérpera** (Marcar con una X según corresponda)

Puerperio mórbido

85. **¿Ha presentado dolor, enrojecimiento y calor en las mamas?**		Si		No
86. Si el parto fue vaginal y se le realizó episiotomía: **¿ha presentado dolor, calor, enrojecimiento, salida de secreción purulenta o dehiscencia de la episiotomía?.**		Si		No
87. Si el parto fue vía abdominal **¿ha presentado dolor, calor, enrojecimiento, salida de secreción purulenta o dehiscencia de la herida operatoria?.**		Si		No

11. **Orientaciones de acuerdo a edad gestacional** (Anotar Si o No según corresponda, si brindo orientaciones según edad gestacional)

ORIENTACIONES DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL	1 a 14 SEM (Si/No)	15 a 22 SEM (Si/No)	> 22 SEM (Si/No)	Puérpera (Si/No)
• Alimentación				
• Hematínicos				
• Descanso				
• Relaciones sexuales				
• Signos y síntomas de alarma				

Observación general

Modalidad de Atención a embarazada o puérpera

Presencial	Menos de 12 Semanas Antes de los 28 días post parto	30 SEM	36 SEM	40 SEM
Llamada telefónica	20 SEM A los 7 días post parto	26 SEM A los 40 días post parto	34 SEM	38 SEM

CONDUCTA A SEGUIR

Requiere usuaria presencia en UCSF		Si		No	**Fecha de consulta en UCSF:**
Requiere usuaria una referencia a hospital		Si		No	**Fecha de referencia a hospital:**
No. de contacto telefónico para seguimiento de caso	Fijo:				Móvil:
Nombre y apellido de un contacto telefónico:					Parentesco:
Nombre y apellido de profesional que realizo llamada telefónica:					Cargo:
Hora de finalización de llamada:	Fecha de próxima llamada telefónica:				

Al finalizar la llamada dar las gracias a la usuaria y recordarle la importancia de dar seguimiento a las orientaciones emitidas a través de la llamada telefónica.

Documento Derogado

Anexo 9. Ficha para la identificación de riesgo psicosocial en adolescentes que utilizan telecentro

Instrucciones: la presente ficha debe ser aplicada por personal médico, de enfermería, materno infantil, psicología u otra disciplina asignada COMO Teleoperador médico del servicio del telecentro, quienes manifiesten estado de salud estable. Esta debe ser integrada al Big Data establecido. Indicar Interconsulta o derivación de acuerdo a los factores de riesgo identificados para el seguimiento.

Nombre: _____ Edad_____: años nº de registro _____

Género: M___ F ____ Otro ____ Fecha: _____ Hora_____ Con quien vive: _____

Componentes	Factor de riesgo identificado	Sí	No
Atención preventiva	1. ¿Está en control preventivo de adolescentes en UCSF? [Si la Respuesta es No, ver (a)]		
Antecedentes personales	2. Historia de embarazo previo. [Si la Respuesta es Sí, ver (a) y/o (b)]		
	3. Enfermedades crónicas. [Si la Respuesta es Sí, describa brevemente, y vea (a)]		
	4. Trabajo infantil (el que perjudica al niño/a física, mental, social o moralmente; el que interfiere en su escolarización, ya sea que no le permita ir a la escuela, le obligue a salir de las aulas y trabajo con largas jornadas de trabajo pesado) [Si la Respuesta es Sí, ver (d, e y m)]		
Antecedentes escolares	5. Ha dejado de estudiar y la causa es por falta de apoyo de su familia. [Si la Respuesta es Sì, y la ver (e y f)]		
	6. Bajo rendimiento académico. [Si la Respuesta es Sí, ver (e y f)]		
	7. Ha percibido algún tipo de Violencia escolar (Ciber Bullying). [Si la Respuesta es Sí, ver (d y e)]		
Vida social	8. Violencia Intrafamiliar. [Si la Respuesta es Sí, (d, e y m)]		
	9. Ausencia de redes de apoyo (familia, amigos, iglesia u otros). [Si la Respuesta es Sí, (a y d]		
Consumo de sustancias psicoactivas	10. Alcohol en la actualidad. [Si la Respuesta es Sí ver (g),sino (h)]		
	11. Tabaco en la actualidad. [Si la Respuesta es Sí ver (g) sino (h)]		
	12. Otras sustancias o drogas en la actualidad. [Si la Respuesta es Sí ver (g)]		
Sexualidad	13. Relaciones sexo coitales sin protección o uso de anticonceptivos. [Si responde Sí, ver (a y b) y si pareja es mayor de edad ver (e)]		
	14. Varias parejas sexuales. [Si responde Sí, ver (a, b, i)]		
	15. ITS actual. [Si responde Sí, ver (a, i)]		
Situación Psico-Emocional	16. Ideación y/o intento suicida por cualquier mecanismo, antecedente o evento actual. [Si Respuesta es Sí, ver (g)]		
	17. Problemas psicológicos (depresión, ansiedad, psicosis, otros actuales o pasados). [Si Respuesta es Sí, ver (g)]		
	18. Cambios en el estado de ánimo que afectan el establecimiento de comunicación y acuerdos durante la estancia inhospitalaria. [Si Respuesta es Sí, ver (g)]		

Documento Derogado

Percepción de peso	19. Delgadez, sobrepeso u obesidad. [Si Respuesta es Sí, ver (j)]		
Salud Bucal	20. ¿Ha visitado al odontología en el último año? [Si Respuesta es Sí, ver (k)]		

Realizar las respectivas referencias/ interconsultas según el/los literales (es) que corresponda(n):

1. (a) UCSF al Programa del Adolescente, programar cita
2. (b) UCSF a planificación familiar, programar cita
3. (c) UCSF a inscripción o control de embarazo, programar
4. (d) Interconsulta a Unidad de Salud Mental (Psicología/Psiquiatría)
5. (e) Reportar caso a junta de protección
6. (f) Programa de Fracaso Escolar en UCSF, programar cita
7. (g) Interconsulta con Psiquiatría
8. (h) Consulta externa de psiquiatría
9. (i) Referente de VIH de la UCSF
10. (j) Nutrición; Interconsulta
11. (k) UCSF, odontología
12. (m) OLAV, referente de violencia

Ante la presencia de factores de riesgo positivos o "Sí", establecer acciones inmediatas, de acuerdo a:

Enumere factores de riesgo identificados u observaciones	Total factores de riesgo identificados _____. Describa:
Interconsulta con (colocar especialidad y/o disciplina)	
Referencia a UCSF (colocar indicación en hoja de indicaciones y de egreso. orientaciones)	
Consejería o información proporcionada (acuerdos establecidos)	

Firma del responsable del llenado_____ Sello _____

Documento Derogado

Anexo 10. Lista de chequeo para identificación de signos de alarma o factores de riesgo de usuarios que recibirán teleasistencia con enfermedad crónica no transmisibles (ECNT).

Guión del teleoperador médico: Buenos días (tardes), mi nombre es (decir su nombre y apellido), soy (decir profesión), que trabajo en el MINSAL, en esta ocasión (mencionar nombre completo de usuaria/o), en que le puedo servir. Me gustaría hacerles algunas preguntas sobre su enfermedad, la llamada no demorara más 15 minutos. Toda la información que nos proporcione es confidencial, anotaremos los puntos relevantes en una lista de chequeo y no se divulgara con nadie. Esta llamada será grabada para su seguridad y veracidad de los datos.

Documento Derogado

a) Información general:

Nombre:_____ **DUI:**_____ **Edad:**_____

Enfermedad crónica diagnosticada: 1- _____, 2-_____,3- _____

Medicamentos prescrito (nombre, dosis y frecuencia): 1-_____ 2-_____
3-_____ 4-_____ 5-_____ 6- _____

b) Evaluaciones para identificación de signos de alarma o factores de riesgo según diagnóstico de ECNT:

Fecha actual:___/_____/_____

Resultado de última glucometría: _____ T/A: _____ T°_____ (si cuenta con el equipo)

Presenta: Cefalea___Mareos___Confusión:____Nauseas o vómitos: ___Palpitación:___

Polidipsia:___Poliuria:___Polifagia:___Poliaquiuria:___Dolor precordial:__Edema de miembros inferiores: _____Disnea:____

Sibilancias:____ otros:_____

Requiere atención por Videollamada: Si___ No____
Requiere visita domiciliar: Si___ No____
Requiere atención presencial programada en UCSF: SI___ No___
Requiere derivación a consulta externa hospitalaria: Si ___ No:___
Orientación y dar por finalizada la llamada: Si ___ No: ___

c) Consideraciones especiales para pacientes con diagnóstico de cáncer

- **C1. Pacientes en vigilancia oncológica:**
  Preguntar sobre síntomas constitucionales:
  Pérdida de peso___Dolor____ Aparecimiento de nuevas neoplasias____
  Recomendar evaluación inmediata por personal médico más cercano, y referencia a tercer nivel
- **C2. Síntomas asociados a enfermedad neoplásica ya conocida**: se debe recomendar evaluación por médico tratante en tercer nivel.
  - *Recomendar evaluación inmediata por personal médico más cercano, y referencia a tercer nivel*
- **C3. Pacientes en quimioterapia:**
  Preguntar sobre síntomas asociados a toxicidad de medicamentos o complicaciones infecciosas:
  Ictericia:___Vómitos:____ Nauseas:____Fiebre____Diarrea_____
  Recomendar evaluación inmediata por personal médico más cercano, y referencia a tercer nivel
- **C4. Paciente asintomático, en controles subsecuentes y sin medicación**: reprogramar cita según disponibilidad de cupos en consulta externa hasta reanudar las actividades.

- **C.5** Exámenes especiales en pacientes bajo tratamiento, utilizar red de servicios para realizar y asistir a consulta programada
- **C.6** Exámenes de laboratorio de controles subsecuentes, pacientes en vigilancia, asintomáticos, reanudar hasta finalizado período de cuarentena
- **C.7** Enfermedad no asociada a cáncer debe ser tratada como tal, no amerita opinión por especialidad.
- **C8. Paciente en cuidados paliativos:** indagar la presencia de:
  Insomnio:___Tos:___Diarrea:____Estreñimiento:____Astenia:____Ansiedad:_____
  Hiporexia:____Nauseas:_____Vómitos:_____Dolor:____
  Para evaluar dolor, usar escala de EVA, FLACC ó escala descriptiva (leve, moderado o severo)
  En caso de ser necesario uso de analgésico opioides u otro medicamento controlado derivar a Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos más cercana
  En caso afirmativo, de la sintomatología investigada, indicar medicamento de uso libre y verificar cita programada en hospital correspondiente.

Otro:

_____

_____

_____

Documento Derogado

Anexo 10. Cuestionario ilustrado de síntomas (SRQ)

Nombre_____**Edad:**_____**Fecha:**_____

Indicaciones: Nos interesa conocer acerca de su salud y su estado de animo. Por favor indique con una X la respuesta que mejor describa su situación.

No	Situación	Sí	No
1	¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentemente?		
2	¿Tiene usted mal apetito?		
3	¿Duerme usted mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre de temblor en las manos?		
6	¿Se siente nervioso(a) tenso(a) o aburrido(a)?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿No puede pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Llora usted con frecuencia?		
11	¿Tiene dificultades para disfrutar de sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad para hacer su trabajo?		
14	¿Se siente incapaz para desempeñar un papel útil en la vida?		
15	¿Ha perdido interés en las cosas habituales?		
16	¿Siente usted que es una persona inútil?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18	¿Se siente cansado(a)?		
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estomago?		
20	¿Se cansa con facilidad?		
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirle en alguna forma?¡		
22	¿Es usted mucho mas importante que lo que piensan los(as) demás?		
23	¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos?		
24	¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos, piernas, con mordeduras de la lengua y perdida del conocimiento?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos(as), médico(a), sacerdote o pastor que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo(a) han detenido estando borracho(a)?		
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Puntuación e interpretación de la escala de síntomas

Documento Derogado

Preguntas	Puntuación	Puntaje obtenido	Interpretación
1 al 20	5 a 7 puntos		Angustia psicológica significativa
21 a 24	1 o + 1 puntos		Trastorno psicótico
25	1 punto		Trastorno convulsivo
26 al 30	1 o + 1 puntos		Presencia de consumo problemático de alcohol

Documento Derogado

Anexo No. 11 Hoja de historia clínica

MINISTERIO DE SALUD
Unidad de Salud Mental
Hoja de evaluación de salud mental

Código del centro de contención:_____

Nombre: _____

Edad: _____ DUI:_____

Tipo de atención: Video llamada ☐ Llamada telefónica ☐ Chat ☐

Motivo de consulta: _____

Problema o enfermedad actual:

_____
_____
_____
_____

Antecedentes:_____
_____
_____
_____

Examen mental:

I. Apariencia y actitud del paciente.								
Aspecto:	Limpio		Ordenado		Inexpresivo			
	Lesiones visibles	S N	Observacion:					
Actitud:	Colaborador		Tímido		Inquieto		Desconfiado	
	Agresivo		Irritable		Amenazante		Hostil	
Observación:								
II. Afecto.								
Estado De Ánimo:	Triste		Ansioso		Miedo		Molesto	
	Labilidad							
Expresión:	Hipertimia		Eufórico		Aplanamiento afectivo		Depresivo	
	Pánico		Melancólico		Exhaltación		Angustia	
Observación:								
III. Psicomotricidad.								
	Abulia		Hiperbulia		Hipoactividad		Manierismo	
	Hipoquinesia		Hiperquinesia		Agitación psicomotora			
Observación:								
IV. Pensamiento.								

Documento Derogado

Lenguaje:	Taquiplalia		Bradiplalia		Observación:			
	Logorrea		Mutismo					
Curso:	Bradipsiquia		Taquipsiquia		Coherente		Incoherente	
	Disgregado		Bloqueo de Pensamiento		Observación:			
Contenido:	Ideas Obsesivas		Ideas Delirantes		Observación:			
Forma:	Lógico		Ilógico		Observación:			
V. Sensopercepción.								
Alusinaciones:	Auditivas		Visual		Olfativas		Cinestésicas	
	Cinestésicas		Ilusiones					
Observación:								
VI. Sensorio.								
Conciencia:	Consciente		Confuso		Obnubilado		Letárgico	
	Delirio		Estupor		Hipervigil			
Orientación:	Tiempo		Lugar		Persona			
Observación:								
Memoria:	Amnesia		Hipomnesia		Confabulación			
Observación:								
Atención:	Distraido		Hipoproséxico		Hiperproséxico			
Observación:								

Diagnóstico: _____

Plan de Manejo:

_____

_____

_____

Documento Derogado

Anexo 12.Listado de usuarios para seguimiento o atención presencial programada por Regiones de Salud.

N.°	Región de Salud	Nombre y apellido	Edad (Sólo #)	DUI/CUN	Nombre de responsable de menor de edad	Dirección	Municipio	Departamento	Teléfono		Fecha Teleconsulta	Fecha Recepción en RS respectiva	Motivo de referencia	Acción solicitada		Acción Realizada
									Número	Tiene Whatsaps (SI/NO)				Atención presencial programada	Visita domiciliar	

Documento Derogado