IMSS BIENESTAR

Guía para

La Atención Proactiva

en el embarazo

Directorio Institucional

Dr. Alejandro Svarch Pérez
Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero
Coordinadora de Unidades de Primer Nivel

Dr. Iker Virgilio Lobato González
Titular de la División de Unidades Médicas Móviles

Dra. Sylvia Argentina Guzmán de la Cruz
Jefa de Área de Gestión de la Atención en Unidades Médicas Móviles

Mtra. Fatima Consuelo Soriano Fernández
Supervisor de Procesos

Mtra. Lucero Soledad Rivera Romano
Supervisor de Procesos

Créditos:

Elaboró:
Mtra. Lucero Soledad Rivera Romano
Supervisora de Procesos

Mtra. Fatima Consuelo Soriano Fernández
Supervisora de Procesos

Revisó:
Dra. Sylvia Argentina Guzmán de la Cruz
Jefa de Área de Gestión de la Atención en Unidades Médicas Móviles

Validó:
Dr. Iker Virgilio Lobato González
Titular de la División de Unidades Médicas Móviles

Revisión normativa:
Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez
Titular de la División de Normatividad Médica

CONTENDIO

OBJETIVO 5
ALCANCE 5
RESPONSABILIDADES 5
DEFINICIONES 6
- **ACCIONES DE ATENCIÓN PROACTIVA EN PERSONAS EMBARAZADAS** 7
- **PLAN DE SEGURIDAD** 10
- **ESTADO NUTRICIONAL** 10
- **SALUD MENTAL** 11
- **SALUD BUCAL** 12
- **ORIENTACIONES Y ACCIONES DE PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD** 12
- **CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** 13

DOCUMENTOS DE REFERENCIA 13
ANEXOS 14

OBJETIVO

Establecer los criterios y guía para brindar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica a mujeres embarazadas sin derechohabiencia a la seguridad social que, debido condiciones físicas no puedan acudir a las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del IMSS-BIENESTAR, asegurando así la mejora en la calidad de vida de las personas atendidas y el fortalecimiento del bienestar familiar y comunitario.

ALCANCE

Este documento establece los criterios para el personal de salud encargado de implementar la Estrategia de Atención Proactiva, y de brindar atención médica a las personas embarazadas durante las visitas domiciliarias.

RESPONSABILIDADES

Las actividades que se realizan dentro de la Estrategia de Atención Proactiva incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades a través de tamizajes, y atención médica. La mayoría de estas actividades pueden ser llevadas a cabo por cualquier personal de salud, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Responsabilidades del personal que realiza Atención Proactiva en el embarazo

ACCIONES	MÉDICO/A	ENFERMERA/O	PROMOTOR DE SALUD
Atención médica	X	-	-
Vacunación	X	X	-
Plan de seguridad	X	X	X
Nutrición y Actividad Física	X	X	X
Salud mental	X	X	X
Salud bucal	X	X	X
Orientaciones y acciones de promoción y prevención.	X	X	X
Registro de las actividades en la hoja diaria de atención proactiva	X	X	X
Registro de actividades PGSP	X	X	X

DEFINICIONES

Atención prenatal: A la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

Diabetes gestacional: Alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.

Edad gestacional: Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo: Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

Obstetricia: Parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

Prevención: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la Salud: Es el proceso que permite a las personas incrementar los conocimientos y el control de su salud para mejorarla. Abarca no solo las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, también las encausadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que actúan como determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación de las personas y comunidades puede ser un orientador para identificar si una intervención es o no de promoción de salud.

Tamizaje: Uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas.

CONTENIDO

ACCIONES DE ATENCIÓN PROACTIVA EN PERSONAS EMBARAZADAS

Imagen 1. Acciones de Atención proactiva en personas embarazadas

Fuente: elaboración propia.

ATENCIÓN MÉDICA (Evaluación materna y fetal)

Durante la visita domiciliaria se debe incluir una atención prenatal que contenga; historia clínica completa conociendo la edad gestacional y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

Se debe fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud.

Durante la visita, se pueden identificar 2 tipos de consulta: subsecuentes y de primera vez. Las consultas subsecuentes son aquellas en las cuales la población ha acudido previamente a la unidad de salud y durante los últimos 60 días no se ha presentado a sus citas de seguimiento. Por otro lado, las consultas de primera vez son aquellas que, durante la visita, refieren no haber acudido nunca a la Unidad de Salud y no cuentan con seguridad social.

Por lo anterior, dependiendo del tipo de paciente, se deberán realizar actividades específicas como:

Consulta subsecuente:
Revisar el expediente clínico
Realizar nota médica
Anexar los diagnósticos realizados al expediente

Consulta de primera vez:
Abrir expediente clínico
Realizar nota médica
Anexar los diagnósticos realizados al expediente

Se deberá contar con al menos 5 consultas ya sea en atención domiciliaria o en Unidad de Salud, idealmente debiendo contar con 8 consultas en el periodo de la gestación.

Las personas embarazadas pueden sufrir algún daño en su salud en cada gestación, en atención proactiva las actividades que se pueden realizar son limitadas, sin embargo, en la medida de lo posible el personal deberá:

- Elaboración de historia clínica;

  - Identificación de signos y síntoma de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
  - Medición y registro de peso y talla,
  - Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
  - Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
  - Verificación de esquema de vacunación
  - Interrogatorio intencionado sobre signos de alarma

Algunas acciones no podrán llevarse a cabo durante la visita a domicilio, sin embargo, se debe referir a la paciente a la Unidad de Primer Nivel para las siguientes actividades:

  - Determinación de biometría hemática completa, glucemia, VIH y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo
  - Determinación del grupo sanguíneo
  - Examen general de orina

- Evaluación de riesgo obstétrico:
  - Identificar factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional (De acuerdo con la GPC Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo, 2016).
  - Detección que contribuya a definir la vigilancia estricta del control prenatal en aquellas pacientes con factores de riesgo para enfermedades hipertensivas durante el embarazo y/o preeclampsia.
  - Identificar infección del tracto urinario bajo a través de la anamnesis, Examen General de Orina. (De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, 2016)

- Antecedentes médicos e historial quirúrgico
- Alergias
- Antecedentes familiares y genéticos
- Realizar cédula de factores de riesgo (Anexo 1)

En caso de encontrar algún riesgo prenatal durante la atención médica, se deberá de realizar referencia y agendar a la paciente para valoración en la Unidad de Salud de Primer Nivel, esto con la finalidad de evitar complicaciones.

PLAN DE SEGURIDAD

El personal de salud deberá brindar a la paciente y a sus familiares la información sobre los signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica de urgencia, es por ello por lo que se deberá:

- Identificar el establecimiento que prestará la atención.
- Vehículo para el traslado.
- Persona acompañante.
- Planes alternativos en caso de urgencia.

Este plan de seguridad requiere de la vinculación con el municipio, el personal de la comunidad y la familia.

ESTADO NUTRICIONAL

Para poder realizar una adecuada Evaluación del Estado Nutrición se debe elaborar una historia clínica nutricional aplicada preferente por personal de nutrición, evaluación somatometría comparando el peso actual con el peso pregestacional, así como utilización de la herramienta 24H y frecuencia de alimentos para conocer la calidad de la dieta.
En este grupo se debe considerar lo siguiente:

- Durante el embarazo se incrementan las necesidades nutricias, particularmente las de energía, hierro, calcio y ácido fólico; por lo anterior la paciente deberá reconocer las fuentes alimentarias que proveen en óptima cantidad esos micronutrientes.
- Medir el IMC pregestacional, para realizar dicha actividad se requiere conocer el peso pregestacional y la talla, se interpreta de la siguiente manera:

IMC	INTERPRETACIÓN
Menos de 18.5 kg/m2	Bajo peso
18.5 a 24.9	Peso ideal
25 a 29.9	Sobrepeso
30 a 34.9	Obesidad leve
35 a 39.9	Obesidad media
Mas de 40	Obesidad mórbida

- La persona embarazada debe adecuar el consumo de alimentos de acuerdo con su peso pregestacional, buscando ganancias de peso óptimo, se debe tener en cuenta lo siguiente:

Índice de masa corporal	Ganancia recomendada en kg.
Bajo (menor a 20)	12.5 a 18.0
Normal (20-25)	11.5 a 16.0
Alto (25.1-29)	7.0 a 11.5
Muy Alto (mayor a 29.1)	Al menos 6.0

NOTA: En adolescentes se recomienda el límite superior de la ganancia.
En las personas embarazadas con estatura menos a 1.55 cm se recomienda el límite inferior de la ganancia. (Institute of Medicine , 1990).

Evitar el consumo de sal y azúcares durante esta etapa es importante ya que se pueden desarrollar enfermedades crónicas que ponen en riesgo la salud de la madre y el bebé.

Realizar 5 comidas al día y fomentar la higiene de alimentos, lo que evitará enfermedades en la madre.

Conforme a las circunstancias de salud de las pacientes, favorecer la movilidad física como 30 minutos al día de caminata, baile, bicicleta, yoga o pilates y que no impliquen alto impacto o ponga en riesgo su embarazo.

SALUD MENTAL

La atención de la salud mental de las madres es necesaria para el desarrollo y crecimiento de la o el menor. Muchas mujeres sufren y experimentan emociones negativas frente a los numerosos cambios vitales del embarazo y el posparto.

Por estos motivos, es necesario:

- Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación con la salud mental durante el embarazo.
    - Realizar Herramienta de detección de violencia (Anexo 2)
    - Realizar Escala de Edimburgh para la depresión postnatal (Anexo 3)

SALUD BUCAL

A partir del tercer mes de embarazo se debe aplicar flúor en las pacientes, durante esta etapa es frecuente que pueda perder algún diente o muela.

La aplicación de flúor se debe realizar cada dos meses hasta recibir tres aplicaciones, se agregará al cepillado de dientes y se cepillará durante un minuto con supervisión del personal de salud.
La aplicación dependerá del trimestre en el que acuda la embarazada a la unidad de salud, tomando en consideración lo siguiente:

A los 3 meses de embarazo:
- Primera aplicación a los 3 meses
- Segunda aplicación a los 5 meses
- Tercera aplicación a los 7 meses

A los 4 meses de embarazo:
- Primera aplicación a los 4 meses
- Segunda aplicación a los 6 meses
- Tercera aplicación a los 8 meses

A los 5 meses de embarazo:
- Primera aplicación a los 5 meses
- Segunda aplicación a los 7 meses
- Tercera aplicación a los 9 meses

ORIENTACIONES Y ACCIONES DE PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

- Durante el embarazo se recomienda consumir ácido fólico en los tres meses previos al embarazo y hasta la semana doce de gestación.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco. Ya que puede causar daños físicos y mentales irreversibles en el bebé.
- Se recomiendan modificaciones en el estilo de vida: micción frecuente y completa, micción después de mantener relaciones sexuales, consumo de líquidos en forma abundante (>2000ml) y técnicas de limpieza urogenital. (De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, 2016).
- Se recomienda ofrecer a mujeres y hombres la información, educación y opciones anticonceptivas de acuerdo con las necesidades y preferencias de la pareja.
- Educación y fomento de la lactancia materna, favoreciendo el vínculo afectivo entre la madre e hijo en el desarrollo físico y emocional del niño, así mismo disminuye el riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En caso de presentarse una urgencia o emergencia durante la visita, se recomienda referir a la paciente a su unidad de primer nivel para valoración, o a segundo nivel según la necesidad requerida. Así mismo, se deberá de referir al primer nivel los casos relacionados con violencia, para su seguimiento y atención.

- Referencia y Contrarreferencia (anexo 4)

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Institute of Medicine . (1990). *Nutrition During Pregnancy: Part I: Weight Gain, Part II: Nutrient Supplements* . Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Instituto Mexicano del Seguro Social . (3 de noviembre de 2016). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo*. Obtenido de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/320GER.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (3 de noviembre de 2016). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención*. Obtenido de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/078GER.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (16 de marzo de 2017). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención*. Obtenido de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf

Instituto Mexicxano del Seguro Social. (2017). *Control prenatal con atención centrada en la paciente Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf

SECRETARÍA DE SALUD . (07 de 04 de 2016). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.* Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

ANEXOS

ANEXO 1. CÉDULA DE FACTORES DE RIESGO

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Cuestionario de Factores de Riesgo

IB/UAS/6/F/0007

Jurisdicción Sanitaria:_____ **CLUES:**_____ **Unidad Médica:**_____ **Fecha:**___/___/___
dd/mm/aa

Nombre:_____ **CURP:**_____ **Edad:**____ **Sexo:**_____
nombre(s) / primer apellido/ segundo apellido

Fecha de nacimiento:___/___/___ **Entidad de nacimiento:**_____ **Domicilio:**_____
dd/mm/aaaa (en caso de registrar CURP omitir el dato)

Derechohabiencia: Si / No IMSS ISSSTE INSABI Otro, especifique:_____ **Número de afiliación:**_____

Afromexicano: ____ **Indígena:** ____ **Migrante:**_____ **Tel / Cel:**_____

La detección integrada de enfermedades cardiometabólicas a través del Cuestionario de Factores de Riesgo no constituye un diagnóstico, en caso de identificar un nivel de riesgo alto será necesario realizar confirmación diagnóstica. El Cuestionario no se aplica a personas con diagnóstico conocido de

Detección de Riesgo Obesidad

Registre las mediciones antropométricas
Cálculo IMC = Peso(kg) /Talla(m²)

Anotar: mes/ año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
Peso (Kg)			
Talla (m)			
IMC (Kg/m²)			
Circunferencia de Cintura (cm)			

Detección de Riesgo Hipertensión Arterial

Tomar la medición en ambos brazos y posteriormente dos mediciones más en el brazo con las cifras más altas, dejando 1 minuto entre mediciones. Registrarlas a continuación:

Anotar: mes/ año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
	/	/	/
1ra medición (mmHg)	/	/	/
2da medición (mmHg)	/	/	/
Promedio (mmHg)	/	/	/

Detección de Riesgo Diabetes Mellitus

Circule la respuesta que se ajuste a la condición de la persona

Preguntas:		Si	No
1. Su IMC se ubica en: **Normal: 0 Sobrepeso: 5 Obesidad: 10**	5	10	0
2. Circunferencia de cintura **Mujer:** > 80cm **Hombre:** > 90cm		10	0
3. ¿Realiza menos de **150 min (2.5h)** de actividad física a la semana?		5	0
4. Tiene **45 años** o más		10	0
5. ¿Alguna(o) de sus hermanas(os) vive o vivió con diabetes?		1	0
6. ¿Su padre o madre vive o vivió con diabetes?		1	0
7. En caso de ser mujer: ¿Ha tenido hija(os) con más de **4 kg** de peso al nacer o con peso < **2.5 kg** al nacer, o antecedentes de diabetes gestacional?		1	0

Anotar: mes/ año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
	/	/	/
Anote puntaje obtenido			

< 10 puntos: riesgo bajo y/o sin sintomatología no determinar glucosa en sangre | ≥ 10 puntos determinar glucosa en sangre

Independientemente del puntaje: Si presenta poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso: determinar glucosa en sangre

Señale condición:	Ayuno	Casual	Ayuno	Casual	Ayuno	Casual
Anote cifra (mg/dl)						

Si el resultado de la determinación fue Glucosa en ayuno ≥100 mg/dl o Glucosa casual> 140 mg/dl, referir al médico para que practique otra prueba para confirmar o descartar el diagnóstico de diabetes mellitus

Detección de Riesgo Dislipidemia

En caso de obtener cifras en rango adecuado y presentar factores de riesgo, realizar detección con periodicidad anual o bianual de acuerdo con el criterio del profesional de salud.

Anotar: mes/año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
	/	/	/
Colesterol total (mg/dl)			
Triglicéridos (mg/dl)			
C - HDL (mg/dl)			
C - LDL (mg/dl)			
C - no HDL (mg/dl)			

Cálculo C-LDL: Es apropiado que los niveles de triglicéridos se encuentren menores de 400mg/dl
C-LDL = Colesterol total - C-HDL - (triglicéridos/5), si los triglicéridos son superiores a 400 mg/dl no realizar cálculo. C-no HDL = Colesterol total - C-HDL

Nivel de riesgo de Enfermedad Cardiometabólica

	Bajo	Medio	Alto
Obesidad	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad
	18.50 - 24.99	≥25.00 a 29.9	≥30.00
Índice de Masa Corporal (IMC)	Adultos de talla baja Mujer: < 1.50 m Hombre: < 1.60 m	23.00 - 24.9	≥29.00
	Adultos de 60 y más años	28.00 - 31.9	≥32.00

Diabetes Mellitus	Glucosa normal		Prediabetes/Diabetes
Glucosa en sangre capilar o venosa	< 100 mg/dl (ayuno)		≥ 100 mg/dl (ayuno)
			≥ 140 mg/dl (casual)

Hipertensión Arterial	Presión arterial normal	Prehipertensión	Hipertensión
Presión arterial	< 120/< 80 mmHg	120-139 / 80-89 mmHg	140/≥90 mmHg

Dislipidemia	Lípidos normales		Dislipidemia
Lípidos en sangre capilar	Colesterol total <200 mg/dl C-HDL 40-60 mg/dl Triglicéridos <150 mg/dl		Colesterol total ≥200mg/dl C-HDL < 40 mg/dl C-no HDL ≥160 mg/dl C-LDL > 130 mg/dl Triglicéridos ≥ 150 mg/dl
Intervención con base en los resultados	Realice detección en 5 años	Realice detección anual o bianual	Realice confirmación diagnóstica

Seguimiento de la detección integrada

De acuerdo con la cifra obtenida, ¿La detección fue positiva?	Mes/año /		Mes/año /		Mes/año /		Confirmación diagnóstica* Mes/ Año	Confirmación diagnóstica* Cifra de confirmación	Ingreso tratamiento Mes/ Año
Diabetes	Si	No	Si	No	Si	No	/		/
Hipertensión arterial	Si	No	Si	No	Si	No	/		/
Dislipidemia	Si	No	Si	No	Si	No	/		/
Obesidad	Si	No	Si	No	Si	No	No aplica		/

*Para el caso de confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento, considerar que para realizar el registro de información la persona tiene que regresar en el tiempo

Si se realizó confirmación diagnóstica de uno o más padecimientos, no será necesario aplicar nuevamente el cuestionario en el futuro.
Durante el seguimiento médico, se deberá llevar a cabo la búsqueda intencionada de comorbilidades y/o complicaciones.
Consulte los Lineamientos para la detección integrada de enfermedades cardiometabólicas en el primer nivel de atención para obtener información adicional.

ANEXO 2. HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA

ANEXO 3. ESCALA EDINBURGH PARA LA DEPRESIÓN POSTNATAL

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0027

Fecha: / /

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Número de Expediente:	Edad: Sexo:	Fecha Nacimiento: / /
Unidad médica:	Estado civil: Ocupación:	Hora:
Procedencia:	Nombre de familiar:	Contacto de familiar:
Prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección.		Cédula Profesional:
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:

VIOLENCIA PSICOLÓGICA			
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:			
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha amenazado con golpearle o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:			

VIOLENCIA FÍSICA			
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:			
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha tratado de ahorcar? Si ¿Quién lo hizo? No	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:			

VIOLENCIA SEXUAL			
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:			
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí	¿Quién lo hizo?	No
Si él o la usuaria responde afirmativamente más de una de las preguntas de la Sección 1 o a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3 está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo.			

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0018

ESCALA EDINBURGH PARA LA DEPRESIÓN POSTNATAL
(SPANISH VERSION)

Fecha de Aplicación: ____/____/____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Número de expediente: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha Nacimiento:** ____/____/____

Unidad Médica: _____ **Estado Civil:** _____ **Ocupación:** _____

Procedencia: _____ **Nombre del Familiar:** _____ **Contacto Familiar:** _____

Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: **Cédula Profesional:** _____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor **MARQUE (X)** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS** y no sólo como se ha sentido hoy. A continuación, se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:
(0) Sí, todo el tiempo _____
(1) Sí, la mayor parte del tiempo X
(2) No, no muy a menudo _____
(3) No, en absoluto _____

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana.

Por favor, complete las siguientes preguntas de la misma manera.

1. **He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:**
(0) Tanto como siempre he podido _____
(1) No tanto ahora _____
(2) Sin duda, mucho menos ahora _____
(3) No, en absoluto _____

2. **He mirado al futuro con placer para hacer cosas:**
(0) Tanto como siempre _____
(1) Algo menos de lo que solía hacerlo _____
(2) Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____
(3) Prácticamente nunca _____

3. **Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:**
(3) Sí, casi siempre _____
(2) Sí, algunas veces _____
(1) No, muy a menudo _____
(0) No, nunca _____

4. **He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:**
(0) No, en absoluto _____
(1) Casi nada _____
(2) Sí, a veces _____
(3) Sí muy a menudo _____

5. **He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:**
(4) Sí, bastante _____
(2) Sí, a veces _____
(1) No, muy a menudo _____
(0) No, nunca _____

6. **Las cosas me oprimen o me agobian:**
(3) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas
(2) Sí, a veces no he podido sobrellevarlas
(1) No, la mayoría de las sobrellevo bastante bien
(0) No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre

7. **Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:**
(3) Sí, casi siempre _____
(2) Sí, a veces _____
(1) No muy a menudo ___
(0) No, en absoluto _____

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0018

8. Me he sentido triste y desdichada:

(3) Sí, casi siempre _____
(2) Sí, bastante a menudo_____
(1) No, muy a menudo _____
(0) No, en absoluto ____

9. Me siento tan infeliz que he estado llorando:

(3) Sí, casi siempre _____
(2) Sí, bastante a menudo _____
(1) Ocasionalmente _____
(0) No, nunca ____

10. He pensado en hacerme daño:

(3) Sí, bastante a menudo _____
(2) A veces _____
(1) Casi nunca ____
(0) No, nunca _____

- **Se suman todos los puntos para la puntuación total.**
- **Una puntuación de 10 o más indica probabilidad de depresión.**
- **Cualquier numero que se escoja que no sea el cero para la pregunta 10, indica la necesidad de evaluaciones adicionales inmediatamente.**
- **La puntuación del cuestionario asiste al juicio clínico sin reemplazarlo.**

Referencia: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del British Journal of Psychiatry, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

ANEXO 4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

IMSS-BIENESTAR
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

IB/UAS/9/F/0006

REFERENCIA

ORDINARIO ☐ URGENTE ☐

CURP:		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
SEXO	HOMBRE	MUJER
DOMICILIO:		

ENVÍO A LA ESPECIALIDAD DE:		DIAGNÓSTICO DE ENVÍO:	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA	COORDINACIÓN ESTATAL:		
UNIDAD QUE ENVÍA	COORDINACIÓN ESTATAL:		
FECHA DE LA SOLICITUD	/ /	FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ	/ /

RESUMEN CLÍNICO

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE REALIZADOS

MOTIVO DE ENVÍO:

1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO ☐
2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES ☐
3.- REQUERIR ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS ESPECIALES ☐
4.-RIESGO DE SECUELAS ☐
5.- COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA ☐
6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO ☐
7.- ATENCIÓN DEL PARTO ☐
8.- PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA ☐

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

MÉDICO RESPONSABLE	MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
NOMBRE, CÉD. PROF. FIRMA	NOMBRE, CÉD. PROF. CARGO Y FIRMA

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA EL ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)

IB/UAS/9/F/0006

CONTRARREFERENCIA:

NOMBRE _____ COORDINACIÓN ESTATAL: _____

FECHA PRIMERA CONSULTA | | | | | | | | (DÍA MES AÑO)

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO | | | | | | | | (DÍA MES AÑO)

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(S) _____

DIAGNÓSTICO(S) FINAL(ES) _____

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS _____

CÓDIGO CIE | | | | |

RESUMEN CLÍNICO (EVOLUCIÓN, ESTUDIOS REALIZADOS, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO)

ESTADO ACTUAL (PRONÓSTICO)

MEDICAMENTOS NUEVOS OTORGADOS

NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN	REQUERIMIENTO MENSUAL

OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE CONTROL _____

RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO EN LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN

MÉDICO RESPONSABLE	MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
NOMBRE, CÉD. PROF. FIRMA	NOMBRE, CÉD. PROF. FIRMA

FIRMAS PARA LA APROBACIÓN DE LA GUÍA PARA LA ATENCIÓN PROACTIVA EN EL EMBARAZO

Aprobó

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Coordinación Responsable

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero
Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Revisión Normativa

Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

6 de junio de 2025