

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Santo Domingo, D. N.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

01-7-2020

RESOLUCION NO. 000019

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000019

01-7-2020

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000019

01-7-2020

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo del Hipotiroidismo Congénito. Actualización.
2. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Hiperfenilalaninemias.
3. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Galactosemias.
4. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo de las Talasemias en Pediatría.
5. Protocolo Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Paciente Pediátrico.
6. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo del Déficit de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa.
7. Protocolo de Manejo de Colitis Ulcerativa.
8. Protocolo de Manejo de la Enfermedad de Crohn en el Paciente Ambulatorio.
9. Protocolo de Atención Preconcepcional.
10. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo.
11. Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecesarias.
12. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo.
13. Protocolo de Atención del Recién Nacido Prematuro.
14. Protocolo de Estabilización y Traslado Neonatal.
15. Protocolo para el Cuidado del Recién Nacido Prematuro y el de Peso Bajo al Nacer Mediante el Método Madre Canguro, con Énfasis en la Alimentación.
16. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata el Recién Nacido.
17. Protocolo de Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).
18. Protocolo para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Materna.
19. Guía de Prevención y Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia.
20. Guía de Atención de las Embarazadas con VIH en la República Dominicana.
21. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
22. Guía de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH en la República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Am

000019

01-7-2020

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los 01 del mes de Julio, del año dos mil veinte (2020).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



Ministerio de Salud Pública

Título original
Protocolo de Atención Preconcepcional

Coordinación editorial:
Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:
978-9945-621-19-8

Formato gráfico y diagramación:
Enmanuel Trinidad

Impresión:

Primera edición:
Impreso en República Dominicana



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

EQUIPO RESPONSABLE

COORDINACIÓN TÉCNICA

División Materno Infantil y Adolescente, Ministerio de Salud Pública

Dr. José Mordan,
Dra. Indiana Barinas

FORMULACIÓN

Dr. Paulino Díaz Ozoria
Dr. Elpidio De Jesús

COLABORADORES

Dra. Olga Arroyo
Dra. Monika Carrión
Dra. Nidia Cruz
Dra. Fanny De la Cruz
Dra. Beronica De la Rosa
Dra. Yndhira Morales

REVISIÓN EXTERNA

Dr. Donatilo Santos
Dr. Jorge Vargas, (Sociedad de Ginecología y Obstetricia)
Dr. Pedro Marte, (Sociedad de Perinatología)

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Unidad de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Salud,
Viceministerio de Garantía de la Calidad, MSP

INTRODUCCION

La mortalidad materna e infantil continúan siendo asuntos prioritarios en la agenda mundial, estando su reducción contemplada como metas a lograr en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la República Dominicana, según los reportes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) del Ministerio de Salud, para el año 2017, la Razón de mortalidad materna (RMM) fue de 104.4 por cada 100,000 nacidos vivos (N.V.); mientras que la tasa de mortalidad infantil estimada se reporta en 25.8 por cada 1,000 N.V.; se estima que una de cuatro muertes pudiera ser evitada con intervenciones en la etapa preconcepcional.

Desde finales de los ochenta, se ha documentado la efectividad de la preconcepción como una intervención específica para mujeres con riesgo reproductivo. En 2006, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta, en Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) publicaron recomendaciones para mejorar la salud preconcepcional y el cuidado médico. Posteriormente, se han ampliado los estudios y sistematizado las evidencias en este sentido.

La atención preconcepcional como actividad de prevención, es un recurso idóneo para apoyar a la población en su tránsito por el ciclo reproductivo, estableciendo, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos la utilización de los medios disponibles para predecir riesgos que puedan implicar morbilidades y resultados reproductivos adversos.

El Protocolo de atención preconcepcional se plantea como un medio específico para la protección del derecho de las personas, especialmente de las mujeres, a decidir sobre su vida reproductiva, a partir de un proceso de atención que explora sus intereses y evalúa sus condiciones personales y familiares y las de su pareja. Igualmente, identifica los factores de riesgo que pueden afectar los embarazos, orienta la atención primaria y la especializada para superar o atenuar los riesgos, e informa sobre las alternativas para hacer efectivas las decisiones.

Este Protocolo se inscribe en el marco de la Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil y forma parte de una serie de iniciativas y proyectos articulados y tendentes a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, prevenir el embarazo adolescente, mejorar la calidad de los servicios de salud y el acceso a planificación familiar, entre otras intervenciones desde la perspectiva del continuo de la atención; incluida la detección de las mujeres, hombres y parejas con riesgo reproductivo y el cuidado preconcepcional como aspectos de atención en salud que pueden reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal evitable.

1. OBJETIVO

Establecer los estándares para la atención a la población en edad fértil a los fines de reducción de riesgos reproductivo, e implementación de intervenciones que permitan, modificar o disminuir el riesgo de morbilidad, muerte materna y perinatal.

2. EVIDENCIAS

- Ministerio de Salud Pública y Protección social, Colombia. Protocolo de atención preconcepcional. 2014
- Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. En: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos/as y residentes de las siguientes especialidades: Ginecólogos, obstetras y medicina familiar. Personal de enfermería, nutrición, psicología y trabajo social. Personal encargado de consejería en salud sexual y salud reproductiva, y aquellos/as con responsabilidad en el planeamiento y conducción de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

4. POBLACION DIANA

Población en edad fértil que planea su ciclo reproductivo o embarazos.

5. DEFINICIONES

Atención preconcepcional

Es el conjunto de acciones de salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta es que la persona y/o pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

Riesgo reproductivo

Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

Consulta preconcepcional

Proceso que se inicia con la entrevista que hace un profesional del equipo de salud, a una mujer, un hombre o una pareja, antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo

5. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

El cuidado preconcepcional implica el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para reducir o atenuar estos riesgos. Para esto, se requiere desde la promoción de la salud, fomentar acciones articuladas entre las mujeres, los hombres y las parejas, así como del personal de salud de diferentes disciplinas y los servicios de salud organizados en redes integrales y complementarias, junto a otros actores y sectores que atiendan los eventos relacionados con riesgos sociales, laborales o ambientales. En este sentido se establecen las siguientes pautas:

- Promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el marco de la atención de la salud, con énfasis en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluyendo los de atención a personas adolescentes
- Todos los encuentros de las personas en edad reproductiva con profesionales de la medicina general, especialistas y sub especialistas, y cualquier contacto o consulta de asesoría o consejería con un proveedor de salud (enfermería, educación, nutrición, psicología y otros), en ámbitos institucional o comunitario, individual o grupal, debe ser aprovechado para la promoción de la atención preconcepcional y la detección del riesgo reproductivo, y para informar y educar sobre comportamientos o hábitos que incrementan los riesgos o eventos reproductivos adverso, para esto se procederá a:
 - Incorporar la promoción del autocuidado en la esfera reproductiva, con énfasis en la expectativa de decidir, en el momento que corresponda, si tener hijos o no
 - Concientizar a las personas en edad reproductiva de que el embarazo amerita una preparación biopsicosocial
 - Orientar para que la persona reconozca y actúe de forma proactiva frente a condiciones que pueden atenuar o exacerbar el riesgo reproductivo
 - Ofrecer educación preconcepcional por personal de salud capacitado, de manera rutinaria, sobre los siguientes temas: planeación de la familia, espaciamiento de los hijos,

prevención del embarazo no planificado, evaluación del peso óptimo, estado de inmunizaciones, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo, entre otros aspectos

- Utilizar diferentes medios para sensibilizar, educar y empoderar a hombres y mujeres sobre temas del cuidado preconcepcional para reducir el riesgo reproductivo; incluyendo material impreso y digital colocado en las áreas de servicio

6. ACTIVIDADES DURANTE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Esta consulta tiene como finalidad la detección y evaluación de las condiciones biológicas y sociales, así como los hábitos y estilos de vida presentes en una mujer, un hombre o en una pareja, que implican riesgo reproductivo, dado que podrían afectar la salud o la vida de la madre y el feto o recién nacido. Una vez detectados estos riesgos, se debe proceder a las intervenciones de salud recomendadas en base a los protocolos. Durante la consulta preconcepcional el personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- La consulta preconcepcional se debe desarrollar en el marco de servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva. Cuando se identifican condiciones de alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la consejería y dispensación sobre anticoncepción
- Se deben tener en cuenta las necesidades particulares de grupos poblacionales en condiciones de mayor vulnerabilidad, tales como adolescentes, mujeres víctimas de violencia, personas viviendo con VIH, inmigrantes, personas con alguna condición de discapacidad y poblaciones en situación de mayor pobreza con alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la consejería y dispensación sobre anticoncepción
- Se deben garantizar las normas de confidencialidad y privacidad, pues constituyen derechos de los y las usuarias

6.1 Consulta preconcepcional y niveles de atención.

La atención preconcepcional es parte de la atención primaria, secundaria y terciaria; esta abarca un conjunto de intervenciones que deben estar garantizada en los diferentes niveles de atención.

- **En el Primer nivel de atención**, la consulta preconcepcional está dirigida a la atención básica, con énfasis en la prevención y promoción de salud. En los centros de primer nivel se realiza el tamizaje de los factores de riesgo reproductivo, población de alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la consejería y dispensación sobre anticoncepción, la consejería y las remisiones oportunas a niveles superiores, según lo establecido en este protocolo
- **En el Segundo nivel de atención**, cuyos centros disponen de las especialidades básicas, además del tamizaje y la consejería, y la población de alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la consejería y dispensación sobre anticoncepción y se atienden los casos remitidos de mujeres, hombres y parejas que, por su riesgo reproductivo, requieren servicios de mayor complejidad
- **En el tercer nivel de atención**, se encuentran disponibles los servicios de otras especialidades o subespecialidades que pueden requerirse para la atención del evento o riesgos o enfermedades detectadas en la consulta preconcepcional

6.2 Consulta inicial o tamizaje.

En esta consulta, se identifica la persona o la pareja con intención reproductiva y se procede a determinar los factores de riesgo para intervenir acorde con lo establecido en este protocolo o para remitir a un nivel de mayor complejidad en los casos que corresponda

- En condiciones ideales, la consulta inicial se debe realizar al menos un (1) año antes de planear un embarazo
- Debe estar a cargo de profesionales de la medicina o enfermería, previamente capacitados
- Para las personas con patologías crónicas o enfermedades graves en las que se debe definir la conveniencia o no del embarazo, o su postergación, se debe proceder a la asesoría/ consejería anticonceptiva individualizada
- Se sugiere que la consulta inicial tenga una duración de 30-40 minutos; debe realizarse una historia clínica y un examen físico completo; para el tamizaje de cada uno de los tipos de riesgo reproductivo, e incluir como mínimo los aspectos que se enuncian a continuación:
 - Condiciones médicas preexistentes
 - Factores psicosociales
 - Historia hereditaria o genética
 - Historia sexual y reproductiva
 - Nutrición, peso, existencia de trastornos alimenticios y actividad física

- Hábitos no saludables, consumo de drogas
- Estado de inmunizaciones (Rubeola, Tétanos, Hepatitis “B”, VPH u otras de acuerdo con las normativas del Programa Ampliado de inmunizaciones)
- Ingesta de medicamentos
- Infecciones

- Para fines del tamizaje se harán las siguientes indicaciones de exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas:
 - Antígeno superficie hepatitis B
 - Glucosa en suero
 - Hemograma
 - Pruebas rápidas para sífilis- RPR (Reagina plasmática rápida) y VIH

 - IgG G rubeola
 - IgG G varicela
 - Toxoplasmosis
 - Urocultivo
 - Citología cervicovaginal (No es necesario tomar nueva muestra si tiene citología vigente)
 - Otras pruebas y exámenes específicos, según requerimientos

6.3 Consulta de control y seguimiento

La consulta preconcepcional de seguimiento está dirigida a establecer un diagnóstico, mediante la clínica y la interpretación de los exámenes solicitados; para iniciar intervenciones o tratamientos para reducir o eliminar el riesgo reproductivo; también para brindar consejería en planificación familiar o remitir a un centro de salud de mayor complejidad, según corresponda de acuerdo con el protocolo

- Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer debe ser remitida a consulta con especialista en ginecología, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros
- Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, el personal de salud debe brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.
- Se deben realizar las consultas de seguimiento que sean necesarias para garantizar el control de la condición de riesgo reproductivo preexistente

7. INTERVENCIONES DURANTE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL PARA REDUCIR RIESGO REPRODUCTIVO

Las intervenciones que, de acuerdo con la evidencia disponible, pueden ser efectivas para reducir riesgo reproductivo y que deben ser integradas a la atención integral en la etapa preconcepcional, se han organizado según tipo de riesgo en los siguientes grupos:

- Condiciones patológicas preexistentes
- Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física.
- Hábitos no saludables
- Estado de inmunización
- Antecedentes genéticos y familiares
- Antecedentes reproductivos
- Medicación;
- Enfermedades Infecciosas
- Aspectos psicosociales

7.1 Intervenciones en pacientes con patologías preexistentes

Las personas que presenten algunas de las condiciones a continuación, u otra no incluida en este listado, deben ser remitidas para manejo por especialista, según cada condición en particular para la población con condiciones patológicas preexistentes; la consejería en planificación familiar siempre debe realizarse de manera oportuna como parte de la atención integral.

7.1.1 Diabetes mellitus

- Asesorar sobre la importancia del control de la diabetes para el embarazo
- Orientar sobre alimentación
- Optimizar el control de la glicemia y el monitoreo
- Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regularmente
- Evaluar las complicaciones vasculares
- Realizar una hemoglobina glucosilada y de no ser adecuada (menor de 6.5) realizar control y tratamiento
- Remitir al especialista en endocrinología para manejo de la diabetes y al especialista en ginecología para asesoría anticonceptiva

7.1.2 Enfermedad tiroidea

- Informar sobre riesgo reproductivo asociado a enfermedad tiroidea y al uso de tiroxina preconcepcional.

- Lograr un óptimo control terapéutico ante de quedar embarazada.
- Tratar con propiltiouracilo en caso de hipertiroismo
- Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea
- No se recomienda realizar el tamizaje para hipotiroidismo subclínico
- Remitir al especialista en endocrinología para manejo de la enfermedad tiroidea y al especialista en ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.3 Hipertensión (HTA)

- Informar sobre los riesgos para el embarazo asociados a la HTA y la importancia del tratamiento con antihipertensivos adecuados
- Sustituir antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos durante la planificación de un embarazo
- Realizar una evaluación general de las pacientes con larga historia de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía)
- Remitir al especialista en cardiología para manejo de la hipertensión y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.4 Enfermedad renal crónica

- Informar sobre la posibilidad de incremento de la enfermedad renal crónica durante el embarazo y sus efectos sobre la madre y el feto
- Realizar control de la presión arterial antes de la concepción, dado que produce mejores resultados perinatales
- Solicitar proteinuria, dado que la presencia de proteína se asocia con malos resultados perinatales y progresión de la enfermedad renal a largo plazo
- Suspender drogas no aconsejadas para el embarazo (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II)
- Remitir al especialista en nefrología para manejo y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.5 Enfermedad cardiovascular

- Informar sobre los riesgos asociados al embarazo en mujeres con patología cardiovascular
- Evitar la warfarina durante el primer trimestre
- Realizar corrección quirúrgica, en los casos que sea posible, de patologías cardiovasculares antes del embarazo
- Realizar consejería genética en los casos de las cardiopatías genéticas

- Remitir al especialista en cardiología para manejo de la condición cardiovascular y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.6 Trombofilia

- Informar sobre riesgo reproductivo asociado a trombofilia.
- Considerar el tamizaje de las mujeres de edad reproductiva con historia personal o familiar de eventos trombolíticos
- Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilia congénita con el fin de determinar el tratamiento oportuno.
- Sustituir la warfarina por heparina de bajo peso molecular, antes del embarazo para evitar su efecto teratogenico, en caso de que se considere que es una paciente de riesgo y recibe warfarina.
- Remitir al especialista en cardiología para manejo de la condición cardiovascular y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.7 Anemia

- Informar sobre riesgo reproductivo asociado a anemia preconcepcional
- Evaluar la anemia durante el periodo preconcepcional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro
- Evaluar las pacientes con deseo de embarazarse y tratarla anemia para lograr mejores resultados obstétricos
- Remitir al especialista en hematología los casos complicados o sin respuesta al tratamiento y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.8 Epilepsia

- Informar a las mujeres que padecen epilepsia sobre el riesgo reproductivo que representan las drogas anticonvulsivantes que son teratogénicas, tales como el fenobarbital, hidantoína y ácido valproico
- Tratar con monodrogas con la mínima dosis posibles
- Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones).
- En caso de requerir tratamiento, cambiar a Carbamazepina. Administrar ácido fólico 5mg por día
- Remitir al especialista en neurología que es responsable de implementar las intervenciones correspondientes al manejo de anticonvulsivantes y referir también a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.9 Tuberculosis (TB)

- Informar sobre riesgo reproductivo asociado a tuberculosis, dado que durante la gestación se incrementa el riesgo de activación de la enfermedad, la cual puede ser fatal en el puerperio. Orientar respecto a que la TB sin tratamiento en mujeres embarazada es un riesgo para la transmisión de la enfermedad al recién nacido y para resultados adversos; obstétricos y perinatales
- Garantizar el tratamiento completo de la enfermedad: Administrar fármacos como isoniacida, etambutol, rifampicina y pirazinamida antes y durante el embarazo. Evitar la estreptomina
- Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti-TB
- Remitir al especialista en neumología para el manejo de la TB, acorde los protocolos nacionales y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.10 Asma

- Informar sobre la posibilidad que el asma se agrave durante el embarazo y el riesgo reproductivo que representa
- Mantener anticoncepción en mujeres con asma no controlado, hasta lograr un control efectivo de la crisis
- Realizar tratamiento profiláctico previo al embarazo en pacientes con asma persistente
- Tratar con budesónida (agente preferido como inhalador único de categoría B por la FDA). Utilizar como alternativa beclometazona categoría C
- Remitir al especialista en neumología para manejo de la condición asmática y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.11 Neoplasias

- Informar sobre la posibilidad de la mujer con neoplasia agravarse durante el embarazo.
- Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico
- Aconsejar conducta de acuerdo con la agresividad del tumor, del estadio de la enfermedad y del compromiso en la condición de la salud de la mujer
- Remitir al especialista para manejo oncológico y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva

7.1.12 Fenilcetonuria

- Informar sobre mayor riesgo de hijos/as con retardo mental cuando la mujer padece riesgo fenilcetonuria
- Informar sobre la importancia de la dieta con el fin de evitar las graves consecuencias perinatales

- Mantener niveles de fenilalanina por debajo de los 6 mg% durante los tres meses previos a la concepción, y mantener niveles de 2 – 6 mg% durante todo el embarazo
- Remitir al especialista en nutrición para manejo de la dieta y a ginecología para la asesoría anticonceptiva

7.1.13 Artritis reumatoide

- Informar sobre riesgo reproductivo, sobre todo asociado al tratamiento de la artritis reumatoide
- Informar acerca de la historia natural de la enfermedad, la mejoría potencial durante el embarazo y el empeoramiento en el puerperio
- En caso de embarazo, evitar corticoides en el primer trimestre y suspender los AINES a partir de la 27 semana de gestación
- Remitir al especialista en reumatología para manejo de la condición artrítica y a ginecología para la asesoría anticonceptiva

7.1.14. Lupus eritematoso sistémico (LES)

- Informar sobre riesgos reproductivos asociados al LES, tanto para la madre como para el feto
- Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis
- Suspender durante el embarazo los ciclos de fofamida que se utiliza frecuentemente en el manejo del LES, por su efecto teratogénico. Administra razatioprina, ciclosporina A y cloroquina desde la preconcepción
- Remitir al especialista en reumatología para el manejo del LES y medicación específica y a ginecología para la asesoría anticonceptiva

7.1.15 Obesidad mórbida (índice de masa corporal -IMC- es mayor de 35)

- Informar sobre riesgo reproductivo asociado a la obesidad
- Realizar evaluación nutricional y estudios paraclínicos adicionales que permitan determinar el estado metabólico y endocrino
- Remitir al especialista en nutrición para manejo integral de la obesidad y realizar otras interconsultas que se requieran, incluyendo apoyo psicoemocional. También remitir a ginecología para asesoría anticonceptiva

7.2 Intervenciones relacionadas a la nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física

Se debe informar sobre las condiciones relacionadas a la nutrición, el peso, los trastornos alimenticios y la actividad física que están asociados a resultados adversos durante el embarazo y que se consideran entre los riesgos que se debe intervenir en el marco de la consulta preconcepcional; en este grupo figuran:

- Ingesta prolongada de suplemento dietéticos
- Ingesta de dosis elevadas de vitamina A
- Deficiencia de vitamina D
- Deficiencia de calcio
- Deficiencia de ácidos grasos esenciales
- Deficiencia de iodo
- Sobrepeso
- Bajo peso
- Antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso
- Alteraciones alimenticias (anorexia nerviosa y bulimia)

La asesoría preconcepcional puede ser realizada por médico general en los casos de mujeres en edad reproductiva que presenten alguna de las condiciones relacionadas a la nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física, con excepción de aquellos casos de bajo peso o sobrepeso, los cuales deberán remitirse a especialista en el área de nutrición. Las intervenciones para realizar son las siguientes:

- Interrogar a las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta de suplementos considerados dietéticos (medicaciones, hierbas, otros) y medicaciones utilizadas para la pérdida de peso. Analizar los productos que se consumen e informar sobre los efectos asociados a la reproducción
- Aconsejar a las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta de dieta y/o suplementos para lograr un ingreso adecuado de vitaminas y micronutrientes, incluyendo vitamina D y calcio, según requerimientos:
 - Evitar consumo excesivo de vitamina A. Mantener una dieta diaria de vitamina A que sea de 700 equivalentes de retinol por día, con un límite superior de 3.000 equivalentes de retinol por día (o 10.000 IU/día)
 - Realizar una ingesta en la dieta diaria de 150 microgramos iodo
 - A todas las mujeres en edad reproductiva se les debe aconsejar ingerir 400 microgramos de ácido fólico por día en comidas, y dietas fortificadas o suplementación para la prevención de defectos del tubo neural. La dosis es superior (4000 microgramos) para mujeres que tengan antecedentes de recién nacidos con defectos del tubo neural

- Estimular a las mujeres en periodo preconcepcional para que ingieran dietas ricas en ácidos grasos esenciales incluyendo omega 3 y omega 6
- Se debe calcular el IMC a cada mujer para evaluar su estado nutricional
- En los casos de sobrepeso las intervenciones están dirigidas al asesoramiento sobre los potenciales riesgos y patologías asociadas, incluido los riesgos obstétricos y perinatales. Si el IMC es igual o superior a 25 kg/m², se debe referir a especialista en nutrición y promover el ingreso a programas que incorporen dietas, restricción calórica y ejercicio físico
- En casos de mujeres con bajo peso, con 18,5 kg/m² o menos, se debe asesorar sobre los potenciales riesgos a corto y largo plazo; realizar evaluación sobre desórdenes de alimentación y referir para fines de valoración por especialista en nutrición
- Interrogar a las mujeres en edad reproductiva por el antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso. En estos casos se debe definir el tipo y tiempo de la cirugía realizada, los suplementos que recibe la mujer y determinar su estado nutricional actual. Las intervenciones en estas pacientes deben estar orientadas a monitorizar el estado nutricional con mediciones de rutina de hierro sérico, ácido fólico, hormona paratiroidea y niveles de vitamina D, y recomendar suplementación de manera individualizada como parte del manejo por especialista en nutrición
- En caso de alteraciones alimenticias (bulimia, anorexia) se debe Informar sobre riesgo reproductivo asociado a estas condiciones y promover el ingreso a programas de intervención antes del embarazo, a todas las mujeres detectadas con anorexia o bulimia. Es fundamental la referencia para valoración y manejo por un equipo multidisciplinario liderado por psiquiatra
- Motivar la actividad física y el ejercicio habitual para mantener el buen estado físico de la mujer

7.3 Intervenciones sobre Hábitos No Saludables

Las mujeres en edad reproductiva en quienes se documenta hábitos no saludables deben ser derivadas a programas dirigidos a tratar el consumo de que se trate, además de referirse para evaluación y tratamiento por un equipo interdisciplinario liderado por especialista en psiquiatría. Entre los hábitos no saludables asociados a riesgo reproductivo figuran: Ingesta de alcohol, tabaquismo, consumos de drogas o sustancias psicótropas

7.3.1 Ingesta de alcohol

- Suministrar información sobre los potenciales riesgos para la salud, y durante el embarazo en particular, producto de la ingesta de alcohol
- Realizar tamizaje sobre el consumo de alcohol a todas las mujeres en edad reproductiva
- Remitir a programa para detener la ingesta de alcohol a aquellas mujeres identificadas como consumidoras que muestren interés en modificar este hábito
- Recomendar la anticoncepción hasta lograr periodos de ausencia de ingesta de alcohol

7.3.2 Tabaquismo

- Ofrecer información sobre los efectos del tabaco en las mujeres embarazadas y no embarazadas, en el feto y recién nacido
- Realizar tamizaje sobre el hábito de fumar tabaco a todas mujeres en edad reproductiva
- Referir a programas más intenso para dejar de fumar tabaco, cuando no es posible suspender este hábito
- Ofrecer anticoncepción hasta que se cuente con un periodo libre de exposición al tabaquismo

7.3.3 Consumo de drogas o sustancias psicotrópicas

- Orientar a las mujeres sobre los riesgos de la exposición a drogas ilícitas y los resultados obstétricos y perinatales
- Realizar historia clínica completa con el fin de identificar el uso de drogas ilícitas con parte de la evaluación preconcepcional
- Informar sobre los programas que dan soportes para la abstinencia y rehabilitación, referir en los casos que corresponda
- Ofrecer anticoncepción hasta que se cuente con un periodo libre de exposición a las drogas ilícitas

7.4 Intervenciones sobre Estado de Inmunizaciones

El personal de medicina y enfermería encargados de la atención preconcepcional deben de evaluar el estado de inmunización y garantizar que la mujer en edad reproductiva complete su esquema de vacunación, al menos tres meses antes de quedar embarazada. Entre las vacunas que previenen infecciones asociadas a resultados adversos durante el embarazo, figuran las siguientes:

- Virus del Papiloma Humano
- Hepatitis B
- Varicela
- Sarampión, parotiditis y rubéola

- Influenza
- Tétano, tos ferina, difteria

Intervenciones para realizar durante consulta preconcepcional:

- Informar sobre condiciones o enfermedades prevenibles por vacunas que están asociadas a problemas durante el embarazo y que pueden afectar a la madre y al recién nacido
- Revisar el esquema de inmunización desde la primera consulta y valorar acorde a las directrices del Programa Ampliado de inmunización (PAI)
- Realizar evaluación cervical para detectar lesiones cervicales asociadas a la presencia de HPV y en mujeres en edad fértil. Administrar la vacuna contra el HPV de ser necesario
- Evaluar la presencia de antígeno de superficie para hepatitis B en toda mujer o pareja en edad fértil y la vacunación previa al embarazo. Vacunar ante del embarazo a todas mujeres considerada de alto riesgo (parejas con hepatitis B consumidoras de drogas inyectables, prisioneros, trabajadoras de la salud) no hayan sido vacunado
- Indagar historia de vacunación previa, infección con varicela y/o evidencia de laboratorio, dado que la vacuna de la varicela está contraindicada en el embarazo. Vacunar si no hay evidencia de inmunidad para la varicela. Estimular la aplicación de la vacuna cuando no existe inmunidad
- Realizar tamizaje para confirmar a la rubeola todas las mujeres en edad reproductiva. Ofrecer vacunación de SRP que provee protección contra sarampión, rubeola, y parotiditis a aquellas mujeres que no han recibido y que no están embarazada
- Mantener actualizadas las vacunas en las mujeres en edad reproductiva, con especial atención a la inmunización para tétanos, tos ferina y difteria. Los refuerzos se administrarán acorde a lo recomendado por el PAI
- Vacunar a las mujeres que planean un embarazo durante las estaciones epidémicas de influenza, dado que en las mujeres embarazadas existe un incremento de complicaciones asociadas a influenza

7.5 Intervenciones Recomendadas en Pacientes con Antecedentes Reproductivos

Las mujeres con antecedentes reproductivos detectados deben ser referidas al especialista en ginecología y obstetricia, para evaluación y consejería según amerite cada caso. Las mujeres, hombre y parejas deben ser evaluadas en aspectos de su vida sexual y reproductiva con el fin de identificar conductas de riesgo que se deben intervenir y ofrecer información sobre los efectos adversos para las embarazadas, el feto y recién nacido. La consejería sobre anticoncepción forma parte integral del asesoramiento y debe ser ofertada de manera oportuna.

7.5.1 Parto prematuro previo

- Informar sobre el mayor riesgo de presentar parto prematuro en el embarazo siguiente, en aquellas mujeres con antecedente de parto prematuro
- Realizar historia reproductiva detallada
- Evaluar para la identificación y tratamientos de causas que puedan ser modificada ante del siguiente embarazo
- Informar a la paciente con parto pretermino previo las ventajas del uso de la progesterona en el embarazo siguiente
- Remitir para consejería en planificación familiar

7.5.2 Cesárea previa

- Informar sobre riesgos reproductivos, tanto para la madre como para el feto, asociados a la cesárea previa
- Aconsejar a las pacientes con cesárea previa que deben esperar al menos 18 meses ante del nuevo embarazo
- Informar a la paciente con cesárea previa sobre las probabilidades en cuanto a la vía del parto en el futuro. La información debe ser ofrecida desde que se realiza la primera cesárea, en el postparto, posteriormente en el periodo preconcepcional
- Realizar valoración y consejería en planificación familiar

7.5.3 Abortos previos

- informar a las mujeres que han tenido un aborto espontaneo único, sobre la baja probabilidad de recurrencia
- Evaluar las potenciales causas, en aquellas mujeres con dos o más abortos espontáneos y tratar cuando corresponda por especialista. Las pacientes con pérdidas recurrentes deben ser referidas a especialistas en ginecología y ser evaluadas para detectar las presencias de anticuerpos antifosfolipídicos, cariotipo y evaluación de anatomía uterina

7.5.4 Muerte fetal previa

- Asesorar sobre el mayor riesgo de recurrencia en mujeres con el antecedente de una muerte fetal previa, comparada con la que no tienen este antecedente
- Investigar al momento de la primera muerte fetal, las potenciales causas y comunicarle a la mujer
- Realizar estudios complementarios en el periodo preconcepcional y comunicar el riesgo elevado para futuro embarazos
- Remitir a especialista en ginecología para tratar los factores de riesgo que sean modificables

7.5.5 Gran multiparidad

- Informar a las mujeres con gran multiparidad sobre los riesgos de esta condición para resultados perinatales
- Intervenir los riesgos y condiciones médicas preexistentes asociadas
- Asesorar sobre anticoncepción

7.5.6 Periodo intergenésico de menos de 2 años

- Informar sobre el riesgo reproductivo asociado a periodo intergenésico menor de 2 años
- Orientar a la mujer o la pareja sobre el periodo intergenésico óptimo al menos de 24 meses. como clave para prevenir complicaciones maternas y fetales
- Realizar consejería sobre planificación familiar

7.5.7 Incompatibilidad Rh

- Asesorar a la mujer, hombre o pareja sobre la ocurrencia de la incompatibilidad RH y los efectos adversos que puede generar esta condición
- Determinar el grupo sanguíneo de la mujer y su pareja y analizarlo en conjunto con la paridad y el antecedente de la profilaxis con Inmunoglobulina Anti-D, para definir el riesgo de inmunización en una gestación posterior
- Realizar consejería sobre planificación familiar

7.5.8 Preeclampsia en el embarazo anterior

- Informar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la preeclampsia y los riesgos materno y perinatales asociados
- Evaluar hipertensión residual y nefropatía
- Remitir a la paciente para evaluación por especialista en ginecología y a consejería de planificación familiar

7.5.9 Antecedente de recién nacido con peso menor de 2,500 gramos

- Informar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos neonatales y perinatales
- Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presenten, dado que se asocian a esta condición
- Remitir a especialista en ginecología para valoración y consejería de planificación familiar

7.5.10 Antecedente de recién nacido macrosómico

- Asesorar a la mujer o a la pareja acerca de la probabilidad de recurrencia de esta condición, así como los riesgos perinatales y neonatales

- Realizar control metabólico previo y durante la gestación, a la mujer que presenten diabetes mellitus como condición preexistente
- Remitir a especialista en ginecología para valoración y a consejería de planificación familiar

7.5.11 Antecedente de hemorragia post parto (HPP)

- Asesorar a la mujer o a la pareja acerca de la probabilidad de recurrencia de la HPP, así como los riesgos perinatales y neonatales
- Evaluar la condición de anemia
- Sensibilizar sobre garantizar la futura atención del embarazo y del parto en instituciones con capacidad resolutive para el manejo de la HPP por el riesgo de recurrencia
- Remitir a especialista en ginecología para valoración y consejería de planificación familiar

7.5.12 Antecedentes de enfermedad trofoblástica gestacional

- Asesorar a la mujer con antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional, quienes usualmente alcanzan remisión completa con preservación de la fertilidad y que después de un embarazo molar el riesgo de recurrencia es bajo
- Informar que pacientes con cualquier tipo de enfermedad trofoblástica gestacional, previa tienen en general una gestación normal
- Sensibilizaren torno a la evaluación, lo más pronto posible de la viabilidad de futuro embarazos
- Remitir a especialista en ginecología para valoración

7.5.13 Antecedentes de depresión post parto

- Informar sobre la depresión post parto y su asociación con resultados materno y perinatal adversos
- Identificar en la primera consulta de atención preconcepcional el riesgo de depresión postparto. Informa sobre la recurrencia de esta condición
- Referir para evaluación por especialista en psiquiatría durante el periodo preconcepcional para determinar la severidad y manejo adecuado si llega a presentarse la depresión
- Remitir a especialista en ginecología para consejería en planificación familiar y manejo de acuerdo con el pronóstico

7.6 Intervenciones en pacientes con antecedentes genéticos y familiares

Las mujeres con antecedentes genéticos o familiares deberán ser remitidas para valoración y consejería reproductiva por el especialista en obstetricia y ginecología,

quien definirá la pertinencia de valoración multidisciplinaria, dependiendo de cada condición

El personal a cargo de la consulta preconcepcional debe evaluar las posibilidades de alteraciones genéticas, mediante el interrogatorio sobre las generaciones previas, y referir al genetista cuando se detecta alto riesgo

El personal de salud debe tener presente las siguientes alertas sobre riesgo de condiciones genéticas: **riesgo de condiciones genéticas**

- Historia familiar de una condición genética conocida o sospecha de la misma.
- Etnias asociadas a ciertas condiciones
- Múltiples familiares con la misma afectación
- Consanguinidad
- Aparición de una enfermedad en edad temprana
- Diagnóstico de una enfermedad de menos frecuencia en determinado género
- Bilateralidad o multifocalidad de una enfermedad (frecuentemente cáncer)
- Enfermedad en ausencia de factores de riesgo o en presencia de medidas preventivas.
- Una o más malformaciones mayores
- Retraso del desarrollo o retraso mental (cognitivo)
- Anomalías en el crecimiento (restricción, asimetría del crecimiento o crecimiento excesivo)

7.6.1 Edad de la madre mayores de 35 años

- Informar a la paciente sobre los riesgos de aneuploidia y cromosomopatías asociada con la edad
- Asesorar sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnóstico en caso de embarazo
- Remitir a especialista en ginecología para valoración y consejería de planificación familiar

7.6.2 Etnicidad, historia familiar, alteraciones genéticas conocidas

- Realizar tamizaje en cuanto a la historia familiar de alteraciones genéticas, idealmente hasta tres generaciones de ambos integrantes de la pareja
- Informar a la pareja que presentan riesgos, con base a su etnia y los ancestros y referir a genetistas para potenciales evaluaciones

7.6.3 Hemofilia

- Tener presente que la hemofilia es una condición hereditaria que requiere de asesoría genética
- Identificar a las mujeres con riesgo de ser portadoras de hemofilia -aquellas en cuyas familias algún integrante este afectado-
- Realizar el asesoramiento genético, para esto lo ideal es realizar el asesoramiento antes que cualquier mujer con riesgo familiar se plantee la posibilidad de tener un embarazo. Considerar en la asesoría dos aspectos: los datos que indican la gravedad de las manifestaciones hemorrágicas y el conocimiento de que las mujeres de una familia con parientes con hemofilia son portadoras de la enfermedad
- Informar a las familias sobre las implicaciones de la enfermedad, como se hereda, la probabilidad de que vuelva a suceder y las alternativas que existen
- Realizar la asesoría genética como un proceso educativo e informativo, pero de ningún modo impositivo
- Realizar consejería sobre anticoncepción

7.6.4 Falcemia

- Tener presente que la falcemia es una condición hereditaria que requiere de asesoría genética
- Realizar el asesoramiento genético. En la primera consulta preconcepcional debe indicarse a la mujer la prueba de falcemia, si es positiva se le realiza una electroforesis de hemoglobina; si es portadora, debe realizarse a la pareja y si ambos son portadores, hay un 25% de posibilidad que el hijo nazca sano, un 50% que nazca portador y un 25 % que nazca con la enfermedad
- Informar el riesgo reproductivo relacionado, ya que una embarazada falcemica puede tener complicaciones, como anemia severa, complicaciones pulmonares, cardiacas, renales, aborto, parto prematuro, muerte fetal; o el hijo que nazca puede heredar la condición
- Realizar consejería sobre anticoncepción

7.7 Intervención ante enfermedades infecciosas

El personal médico y de enfermería serán los responsables de ordenar el tamizaje para enfermedades infecciosas. Ante la confirmación de una enfermedad infecciosa, deben iniciar el tratamiento y remitir al especialista en obstetricia y ginecología o a infectología para dar continuidad al manejo y control posterior, según se requiera. además, debe de realizar la notificación epidemiológica de los casos detectados e investigar a contactos, acorde a los protocolos para manejo de las Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Entre las patologías infecciosas asociadas a resultados adverso durante el embarazo están las ITS siguientes: Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), herpes simple, gonorrea, clamidia y sífilis. A las ITS se adicionan otro grupo de enfermedades infecciosas reconocidas por sus efectos negativos durante la gestación, tales como: Citomegalovirus, toxoplasmosis, malaria, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana y enfermedad periodontal.

77.1 Virus de inmunodeficiencia Humana, VIH

- Informar sobre el riesgo de la transmisión perinatal del VIH
- aconsejar a todas las mujeres y hombres hacer una prueba de VIH previo al embarazo y promover las prácticas sexuales seguras
- Orientar a las mujeres o parejas VIH positivo sobre los riesgos de transmisión durante el embarazo, el parto y la lactancia, los tratamientos adecuados y la existencia del Programa de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH
- Ofertar alternativas de anticoncepción en caso de que la mujer o la pareja no planeen un embarazo de forma inmediata

7.7.2 Herpes simple

- Informar a las mujeres con historia de herpes genital sobre los riesgos de transmisión vertical al feto y neonato
- Informar a las mujeres sin historia de herpes genital sobre los riesgos de adquisición del herpes. Recomendar tamizaje a las personas cuyas parejas sean portadoras del herpes
- Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino

7.7.3 Gonorrea

- Informar sobre los efectos asociados a la gonorrea durante el embarazo (corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y parto pre término) y en el neonato (conjuntivitis que puede llevar a la ceguera, endocarditis y meningitis)
- Realizar tamizaje para las mujeres con alto riesgo de gonorrea
- Indicar tratamiento a las mujeres infectadas que se detecten durante la atención preconcepcional
- Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino

7.7.4 Clamidias

- Informar sobre la asociación de la infección por clamidias con embarazo ectópico, infección ocular neonatal y neumonía neonatal

- Realizar tamizaje anual y previo al embarazo para clamidias a todas las mujeres menores de 25 años sexualmente activas o con riesgo elevado de infección por clamidias (antecedentes de infecciones de transmisión sexual, múltiples parejas sexuales, trabajadora sexual, otras)
- Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino

7.7.5 Sífilis

- Informar sobre la asociación de la sífilis gestacional con resultados perinatales severos, tales como muerte fetal, prematuridad, muerte neonatal, ceguera, sordera, alteraciones óseas y convulsiones
- Realizar tamizaje para sífilis a todas mujeres con alto riesgo y tratamiento cuando corresponda, acorde a protocolos de manejo ITS
- Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino

7.7.6 Citomegalovirus

- Informar sobre el riesgo de seroconversión para una mujer susceptible durante el embarazo, siendo mayor el riesgo de transmisión madre-hijo en la primoinfección. Las secuelas pueden ser graves y constituyen una de las causas infecciosas más frecuentes que provocan pérdidas de la audición en los primeros años de vida
- Aconsejar a las mujeres que tiene niños o trabajan con niños sobre cómo reducir los riesgos a través de medidas universales (usos de guantes, lavados de manos, evitar contacto con secreciones respiratorias.)
- No se recomienda la serología de rutina durante el embarazo para el virus, dado que no se cuenta con medidas terapéuticas ni profilácticas efectivas.

7.7.7 Toxoplasmosis

- Informar sobre los efectos adversos de la infección por toxoplasmosis, que pueden llevar a La afectación fetal severa (RCIU, retardo mental. Coriorretinitis, sordera, ceguera, epilepsia)
- Indicar una IgG para toxoplasma durante el periodo preconcepcional. Evaluar el estado inmunológico de la paciente para asegurar en caso de ser igG positiva que no está en riesgo de infección durante el embarazo
- Orientar si la IgG es negativa sobre la importancia de prevenir la infección durante el embarazo

7.7.8 Malaria

- Asesorar sobre la malaria y la posibilidad de efectos adversos en la madre y en el feto, tales como anemia, aborto, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso
- Ofrecer información sobre medidas preventivas, tales como uso de repelentes no tóxicos, uso de ropas largas y uso de mosquiteros en lugares endémicos, para reducir el riesgo de picadura por el mosquito anófeles, agente transmisor del parásito Plasmodium, causante de la malaria
- Evitar el viaje a áreas endémicas a la mujer que está planificando tener un embarazo.
- Asesorar sobre uso de métodos anticonceptivos si reside o va a viajar a áreas endémicas
- Indicar tratamientos antimaláricos a mujeres en áreas endémicas que planean un embarazo

7.7.9 Virus Zika

- Orientar sobre los efectos adversos del Zika durante el embarazo: puede provocar muerte fetal y defectos congénitos en particular la microcefalia o presentar el Síndrome Congénito Asociado al virus del Zika, caracterizado por anomalías del sistema nervioso central con o sin microcefalia, defectos osteoarticulares, alteraciones oftálmicas y alteraciones del oído
- Ofrecer información sobre las medidas preventivas, tales como la eliminación de criaderos de mosquitos, uso de repelentes no tóxicos, uso de ropas largas y uso de mosquiteros en lugares endémicos, para reducir el riesgo de picadura por el mosquito transmisor del virus Zika
- Evitar el viaje a áreas endémicas a la mujer que está planificando tener un embarazo.
- Asesorar sobre uso de métodos anticonceptivos si reside o va a viajar a áreas endémicas

7.7.10 Bacteriuria asintomática

- Orientar sobre que la bacteriuria asintomática en las mujeres embarazadas es un factor de riesgo para bajo peso al nacer y que cuando no es tratada en mujeres embarazadas puede evolucionar a pielonefritis gravídica
- No se recomienda el tamizaje rutinario en el periodo preconcepcional
- Realizar nuevo tamizaje a mujeres embarazadas que hubieran sido identificadas y tratadas para bacteriuria asintomática en el periodo preconcepcional

7.7.11 Vaginosis bacteriana

- Informar sobre la asociación de esta infección con resultados adversos perinatales, como prematuridad, rotura prematura de membranas y aborto espontáneo
- No se recomienda el tamizaje ni el tratamiento en pacientes asintomáticas

- Se debe indicar tratamiento en las mujeres con vaginosis bacteriana sintomáticas durante la etapa preconcepcional

7.7.12 Enfermedad periodontal

- Asesorar sobre esta patología, pues se asocia con una respuesta materna de preeclampsia y prematuridad
- Referir a odontología para control rutinario de salud bucal y tratamiento durante el periodo preconcepcional

7.8 Intervenciones ante el uso de medicación

El personal médico y enfermería encargados de la atención preconcepcional, son responsables de evaluar el uso de medicamentos por parte de las mujeres en edad reproductiva, incluyendo los usados por prescripción médica, la medicación no recetada y los suplementos dietéticos

- Informar sobre el riesgo que implica la exposición a medicamentos y su asociación a anomalías congénitas
- Indagar a todas las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta de drogas teratogénicas y dar información sobre los potenciales efectos de ellas en la madre y en el feto durante el embarazo (ver anexo: medicamentos contraindicados durante el embarazo)
- Orientar a la mujer que usa medicación por prescripción para el cambio a medicaciones seguras ante del embarazo
- Orientar a las pacientes con patologías crónicas que requieran medicaciones esenciales, sobre la pertinencia de usar la mínima posible con la menor dosis
- Remitir al especialista tratante para el cambio por una medicación segura ante de la concepción
- Ofrecer consejería sobre anticoncepción

7.9 Aspectos psicosociales

Los riesgos psicosociales se asocian con resultados maternos y perinatales adversos. El personal médico o de enfermería encargado de la consulta preconcepcional debe indagar la presencia de este tipo de riesgo, que incluye condiciones psicosociales tales como adolescentes menores de 15 años, violencia de género y sexual, riesgo del contexto ambiental, condición de discapacidad. Y trastornos de salud mental, incluyendo depresión y ansiedad.

De acuerdo con la evaluación individual y dependiendo de los riesgos identificados, se debe realizar referencia a especialista de salud mental u otras referencias, tanto del sector salud como de otros sectores, acorde a los protocolos nacionales de atención.

7.9.1 Depresión-Ansiedad

- Informar sobre los riesgos psicosociales y su relación con resultados maternos y perinatales adversos
- Indagar sobre depresión y ansiedad, mediante el uso de preguntas que permitan determinar tensión emocional, síntomas de humor depresivo y síntomas neurovegetativos, así como el apoyo familiar percibido por la mujer
- Ofrecer apoyo psicoemocional y referir a especialista de salud mental

9.3 Edad menor de 15 años

- Asesorar sobre la asociación del embarazo precoz, en menores de 15 años, con resultados maternos y perinatales adversos
- Tener presente el probable vínculo con una situación de violencia sexual, sobre todo si la pareja de la adolescente es un adulto. En estos casos procede notificar a la autoridad del centro de salud para que sea denunciada la sospecha de violencia por los canales correspondientes
- Aplicar lo establecido en la Guía de atención integral en salud de las personas adolescentes, para el manejo de situaciones relacionadas con adolescentes y las recomendaciones del protocolo de atención a la menor de 15 años embarazada, cuando la condición de edad sea detectada en atención preconcepcional
- Referir a profesional o servicio especializado en atención de adolescentes
- Realizar consejería de salud sexual y reproductiva, con énfasis en anticoncepción

7.9.3 Violencia de género- Violencia sexual

- Informar sobre la asociación de la violencia de género contra las mujeres, incluyendo la violencia sexual, con resultados materno y perinatal adversos.
- Indagar si la mujer ha experimentado algún tipo de violencia, a través de preguntas dirigidas, según los protocolos de atención a la violencia intrafamiliar y contra la mujer
- Ofrecer apoyo psicoemocional, informar sobre mecanismos de denuncia y redes de apoyo
- Referir cuando se identifica situación de violencia, para manejo por parte de un equipo multidisciplinario.
- Realizar consejería de salud sexual y reproductiva, con énfasis en anticoncepción

7.9.4 Condición de discapacidad

- Asesorar sobre la condición de discapacidad que se ha asociado con resultado materno-perinatal adverso
- Ante la detección de condiciones de discapacidad y desplazamiento se debe realizar el manejo particularizado de cada caso y referir a especialistas, atendiendo a lo dispuesto en los protocolos específicos

- Orientar para que la mujer cuente con una red de apoyo que garantice el soporte en caso de embarazo y se garantice la oportunidad de acceso a los servicios de salud.
- Realizar consejería de salud sexual y reproductiva, con énfasis en anticoncepción.

7.9.5 Riesgos laborales y/o exposición ambiental

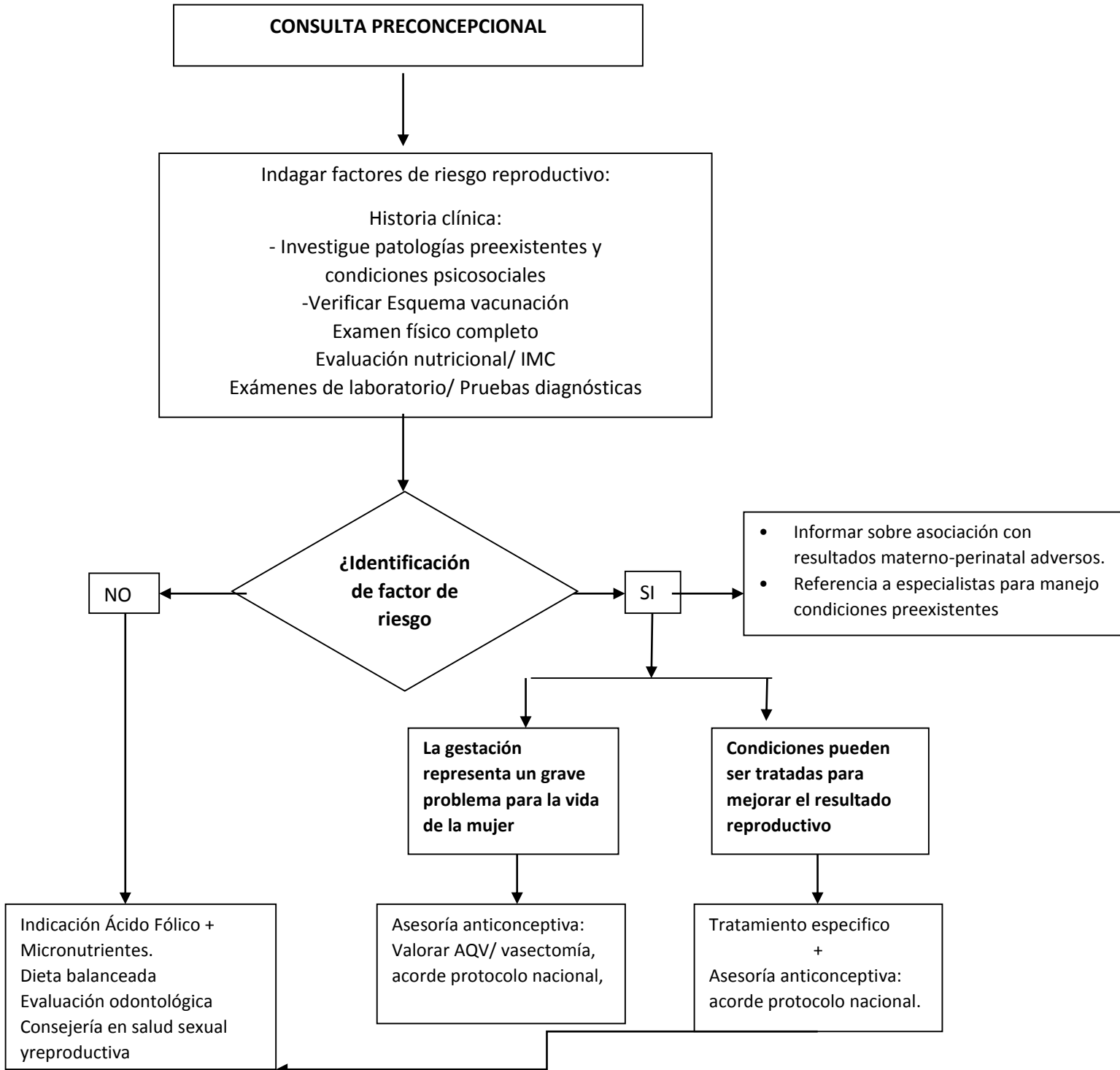
- Informar sobre sustancias químicas, radiación, manipulación de cargas por encima de los límites permitidos, contaminación por exposición a biológicos que puedan tener efectos tóxicos y se han asociado a resultados materno y perinatal adversos por exposición a estos. Enfatizar sobre los riesgos a que están expuestas las mujeres y sobre los efectos en salud en general
- Indagar presencia de estos riesgos en el ámbito laboral y/o por exposición ambiental. Generar recomendaciones para controlar adecuadamente los riesgos
- Informar a los empleadores para disminuir el riesgo de exposición cuando sea necesario

8. ASESORIA ANTICONCEPTIVA EN CONDICIONES ESPECIALES

- **Cuando la gestación representa un grave problema para la vida de la mujer:** A las mujeres con condiciones médicas y patológicas que, según su análisis individual, la gestación represente un grave riesgo para su vida, se le debe explicar, que la opción ideal es una anticoncepción quirúrgica definitiva para ella o la vasectomía para la pareja. La decisión debe tomarla la mujer en el marco de sus derechos, con la información científica completa, veraz y oportuna para un libre ejercicio de su autonomía y autodeterminación reproductiva
- **Cuando es posible reducir el riesgo reproductivo.** A las mujeres con condiciones médicas que ameritan tratamiento para mejorar el resultado reproductivo y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, se les debe explicar que su condición implica posponer el embarazo. En estos casos la mujer o pareja deben tener asesoría anticonceptiva que tenga en cuenta su condición médica especial

Hay que considerar que, en mujeres con patologías o riesgos graves, el condón y otros métodos anticonceptivos de barrera se consideran menos efectivos; siempre se debe recomendar la doble protección, para reducir el riesgo de ITS. La anticoncepción y la consejería en salud sexual y reproductiva debe ser realizada acorde a lo dispuesto en los protocolos nacionales de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública.

9. FLUJOGRAMA



10. INDICADORES

Para medir el cumplimiento a la implementación del protocolo de actuación para reducción de cesáreas innecesarias se debe recolectar información para dar respuesta a los siguientes indicadores:

Proceso de Atención	Indicador
Consulta Preconcepcional	Porcentaje de personas en edad fértil a los cuales se les realizo la consulta inicial preconcepcional de acuerdo al protocolo.
	Porcentaje de personas en edad fértil a los que se les realizo el tamizaje con las indicaciones establecidas en el protocolo.
	Porcentaje de personas en edad fértil a los cuales se les realizo consulta preconcepcional de seguimiento de acuerdo al protocolo.

11. BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics (2011). Family history as a risk assessment tool. Committee Opinion No. 478, 117(3):747-50.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Influenza vaccination coverage among pregnant women---United States, 2010-11 influenza season. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 60(32), 1078.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012a). Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age--United States, 2006-2010. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 61(28), 534.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2012b). Current tobacco uses and secondhand smoke exposure among women of reproductive age--14 countries, 2008-2010. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 61(43), 877.
5. Centers for Disease Control and Prevention (2013). U.S. Selected Practice Recommendations (US SPR) for Contraceptive Use. MMWR, 62(5). Guidelines on CMV congenital infection. Journal of perinatal medicine, 37(5), 433-445.
6. Committee on Obstetric Practice. (2012). ACOG Committee Opinion No. 521: Update on immunization and pregnancy: tetanus, diphtheria, and pertussis vaccination. Obstetrics and gynecology, 119(3), 690.
7. Davies, G. A.; Maxwell, C.; McLeod, L. et al (2010b). SOGC Clinical Practice Guidelines: Obesity in pregnancy. No. 239, February 2010. International journal of gynecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 110(2), 167-173.
8. Fescina RH, De Muccio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, et al. (2011) Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Capítulo II Cuidado preconcepcional. Pág. 19. 3ª Edición. Montevideo: CLAP/MSR.
9. Fiore, A.; Uyeki, T.; Broder, K. et al (2010). Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report, 59(RR-8), 1-62.
10. González, A.; Rodríguez, A. y Jiménez, R. (2016) El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev cubana Med Gen Integr vol.32 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2016. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es&nr/
11. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2014) Guía de Práctica Clínica de atención en el Embarazo y Puerperio. España. EN: <https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-consulta-preconcepcional/>

12. MacDorman, M., Declercq, E. y Menacker, F. (2011). Recent trends and patterns cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States. *Clin Perinatology Journal*, 38(2), 179-92.
13. Mahmud, M. y Mazza, D. (2010). Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Women's Health*, 10(1), 5.
14. McGready, R., White, N. J. y Nosten, F. (2011). Parasitological efficacy of antimalarials in the treatment and prevention of falciparum malaria in pregnancy 1998 to 2009: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(2), 123-135.
15. Ministerio de Salud de Argentina (2013) Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. 2013. En: <http://www.msal.gob.ar/>
16. Ministerio de Salud de El Salvador (2011) Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. San Salvador, El Salvador.
17. Ministerio de Salud Pública y Protección Social de Colombia (2011). Protocolo de atención preconcepcional. Bogotá, Colombia. En: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/BibliotecaDigital/>
18. Ministerio de Salud, República Dominicana (2017). Protocolo de Atención Para Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes República Dominicana. En: www.msp.gob.do
19. Ministerio de Salud, República Dominicana (2017). Guías de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de Preeclampsia y Eclampsia. República Dominicana. En: www.msp.gob.do
20. Ministerio de Salud, República Dominicana (2017). Protocolo de Atención para el Manejo Integral del Embarazo, el Parto y el Puerperio en Adolescentes Menores de 15 Años. República Dominicana.
21. Ministerio de Salud, República Dominicana (2016). Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, Volumen I. República Dominicana. En: www.msp.gob.do
22. Use of influenza A(H1N1) 2009 monovalent vaccine: recommendations of the Advisory Committee on immunization practices (ACIP) (2009) *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). *Archives of women's mental health*, 12(4), 239-249.
23. Ray, J. G., O'Brien, T. E. y Chan, W. S. (2001). Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis. *QJM*, 94(8), 435-444.
24. Reddy, U. M. (2007). Prediction and prevention of recurrent stillbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1151-1164.

25. Reece, E. A. (2008). Obesity, diabetes, and links to congenital defects: a review of the evidence and recommendations for intervention. *Journal Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 21(3), 173-180.
26. Secretaria de Salud de Honduras (2016) Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto el puerperio y del neonato. Volumen No.1: Atención Ambulatoria.
27. Wiysonge, C. S., Shey, M., Kongnyuy, E. J., Sterne, J. A. y Brocklehurst, P. (2011). Vitamin A supplementation for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
28. Wolff, T., Shelton, E., Sessions, C. y Miller, T. (2009). Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 150(10), 710-716.
29. World Health Organization (2010). 2010/2011 Tuberculosis Global Fact. En: <http://www.who.int/>
30. Johnson, Kay, et al. Recommendations to improve preconception health and health Care-United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006, vol. 55, no. 4, p. 1-23.
31. Organización Panamericana de la Salud/OMS (2019) Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. En: <https://www.iris.paho.org/>
32. Organización Panamericana de la Salud/OMS (2016) Recomendaciones de la OMS: sobre las intervenciones para mejorar resultados del parto prematuro. En: <https://www.iris.paho.org/>
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. SEGO. Protocolo, 2010. Vo. 2.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011a). Hypertension in Pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE clinical guidelines.
35. Workowski, K. A., Berman, S. y Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/ Centers for Disease Control*, 59(RR-12), 1

ANEXO

Medicamentos contraindicados durante el embarazo

Teniendo en cuenta las categorías farmacológicas en embarazo, según la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), los medicamentos categorías D son los que presentan evidencias de riesgos fetales, pero los potenciales beneficios para la mujer embarazada, hacen que sean utilizados. La categoría X es para las drogas contraindicadas en las mujeres embarazadas o que puedan quedar embarazada.

Categoría FDA	Medicamentos contraindicada durante el embarazo	
	Medicamentos	Riesgo-Efecto posible
D	Estreptomina/Kanamicina	Ototoxicidad
D	Tetraciclina	Retardo en el desarrollo de los huesos y decoloración dental
D	Ácido Valproico	Disfunción del sistema nervioso central, espina bífida, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones cardiovasculares.
D	Fenitoina	Síndrome hidantoinico del feto, restricción del crecimiento, anomalías faciales.
D	Carbamazepina	Muerte fetal, retardo mental, malformaciones cardiovasculares, genitales, paladar hendido
D/X	Andrógenos/Testosterona	Masculinización de fetos femeninos
C (primer trimestre) – D (segundo y tercer trimestre)	Antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II	Anomalías renales.
X	Estatinas	Múltiples alteraciones.
X	Derivados cumarínicos	Deformidades óseas y de cartílagos, retardo mental, problemas de visión
X	Antagonistas del ácido fólico	Abortos espontáneos y malformaciones
X	Talidomide/Lefludomide	Deformidades de miembros
X	Isotretinoína	Defectos congénitos y abortos

Fuente: Dunlop A. L., Gardiner P. M., Shellhaas, C. S., Menard, M. K., McDiarmid, M. A. (2008). The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 199(6 Suppl 2), S367-S372. Dunlop. En: Ministerio de Salud Pública y Protección social, Colombia. Protocolo de atención preconcepcional. 2014