

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”****RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 042-GCPS-ESSALUD-2021**

Lima, 30 JUN. 2021

VISTO:

La Nota N° 311 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 con el Informe N° 92-SGAPPCC-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 mediante la cual, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, remite para su aprobación del Documento Técnico Orientador: “Atención Preconcepcional en el Seguro Social de Salud”;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD, tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 de 31 de diciembre de 2014, se aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 390-PE-ESSALUD-2021 de 30 de abril de 2021, se aprueba la modificación del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD;

Que, la Organización Mundial de la Salud ha calificado con fecha 11 de marzo del 2020, el brote de Coronavirus (COVID-19) como una pandemia al haberse extendido en más de cien países del mundo de manera simultánea;

Que, según Decreto Legislativo N° 1490-2020, se aprueba el Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud;

Que, mediante Decreto Supremo N° 123-2021-PCM se proroga el Estado de Emergencia Nacional declarado por el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, prorrogado por los Decretos Supremos N° 201-2020-PCM, N° 008-2021-PCM, N° 036-2021-PCM, N° 058-2021-PCM, N° 076-2021-PCM y N° 105-2021-PCM, y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 004-2021/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 171/MINSA/2021/DGAIN, “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la Pandemia por COVID-19 en el Perú”;



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 042 -GCPS-ESSALUD-2021

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 450-2021-MINSA aprueba la “Directiva Sanitaria N°131–MINSA/2021/DGIESP para la Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19”, cuya finalidad es contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna garantizando el acceso al servicio de salud sexual y reproductiva en el contexto actual de la emergencia sanitaria por la COVID-19;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 551-GG-ESSALUD-2010, se aprueba la Directiva N° 10- GG-ESSALUD-2010 “Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud”, la cual tiene por objetivo establecer los lineamientos generales y criterios técnicos que regulan la Telesalud en las Prestaciones Asistenciales, la Gestión y acciones de Información, Educación y Comunicación en el Seguro Social de Salud – EsSalud”;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016, se aprueba el “Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021”, la cual tiene por objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar la oportunidad y calidad de la atención de la salud materna y perinatal;

Que, mediante la Resolución N°86-GCPS-ESSALUD-2017, aprueba la Directiva 002-GCPS-ESSALUD-2017 Atención Integral de la Salud Materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio. La cual tiene por objetivo establecer los procesos para la atención integral de la salud materna, que contribuya a la calidad de la atención, durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y el puerperio; y por finalidad estandarizar los procesos de atención durante las etapas preconcepcional y concepcional, en el marco de los derechos humanos;

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 025-GCPS-ESSALUD-2021, se aprueba el Documento Técnico la “Guía de adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Seguro Social de Salud-ESSALUD, con la finalidad de contribuir a mejorar el acceso oportuno y seguro los servicios de salud en las IPRESS del primer nivel de atención;

Que, es competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, de acuerdo a los documentos de vistos de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, propone aprobar el Documento Técnico Orientador: “Atención preconcepcional en el Seguro Social de Salud - EsSalud” con el objeto de establecer los procesos para la atención de las mujeres en edad fértil para identificar e intervenir sobre los riesgos reproductivos y contribuir a mejorar la salud y la calidad de la atención integral de la mujer en edad fértil, mediante la estandarización de los procesos de atención que permitan, modificar o disminuir el riesgo de morbilidad, muerte materna y perinatal en la población asegurada;

Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico Orientador: “Atención preconcepcional en el Seguro Social de Salud - EsSalud”, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 042-GCPS-ESSALUD-2021

- 
2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención en Salud, se encargue de la difusión y asistencia técnica, a nivel nacional, del Documento Técnico Orientador: "Atención preconcepcional en el Seguro Social de Salud - EsSalud", aprobado por la presente Resolución.
 3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones, las acciones de supervisión, evaluación y control del cumplimiento de la presente Resolución.
 4. **ENCARGAR**, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la remisión a Secretaría General de la presente Resolución, para su publicación en el Compendio Normativo Institucional, en la intranet y en la página web institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



Dr. JORGE SERIDA MORISAKI
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD**RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD****Nº 042 -GCPS-ESSALUD-2021****DOCUMENTO TÉCNICO ORIENTADOR:****ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD –
ESSALUD****PERÚ-2021**

ÍNDICE	Pág.
CAPITULO I: DISPOSICIONES INICIALES	3
CAPITULO II: ÓRGANOS RESPONSABLES	5
CAPITULO III: DISPOSICIONES GENERALES	6
DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	7
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS	21
ANEXO N° 01: Condiciones difícilmente modificables que incrementan el riesgo reproductivo	22
ANEXO N° 02: Evaluación del Riesgo preconcepcional	23
ANEXO N° 03: Recomendaciones de Medicina basada en evidencia	25
ANEXO N° 04: Medicamentos contraindicados durante el embarazo	26
ANEXO N° 05: Derechos sexuales y Reproductivos	27
ANEXO N° 06: Flujo de Atención Preconcepcional	28
ANEXO N° 07: Resumen con los principales micronutrientes en la etapa preconcepcional	29
ANEXO N° 08: Ficha de Protocolo de Indicador	30



CAPÍTULO I

DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1. Objetivo

Establecer los procesos para la atención de las mujeres en edad fértil para identificar e intervenir sobre los riesgos reproductivos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Seguro Social de Salud-EsSalud.

Artículo 2. Finalidad

Contribuir a mejorar la salud y la calidad de la atención integral de la mujer en edad fértil, mediante la estandarización de los procesos de atención que permitan, modificar o disminuir el riesgo de morbilidad, muerte materna y perinatal en la población asegurada.

Artículo 3. Marco Normativo

- 3.1. Ley N°26842, Ley General de Salud.
- 3.2. Ley N°26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud ESSALUD y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°009-97-SA y sus ampliatorias y modificatorias.
- 3.3. Decreto Supremo N°044-2020-PCM, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, se dispone el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 y sus modificatorias.
- 3.4. Decreto Supremo N°013-2020-SA, que establece medidas para asegurar la continuidad de las acciones de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del coronavirus – COVID-19.
- 3.5. Resolución Ministerial N° 004-2021/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 171/MINSA/2021/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la Pandemia por COVID-19 en el Perú".
- 3.6. Resolución Ministerial N°450 que aprueba la "Directiva Sanitaria N°131–MINSA/2021/DGIESP para la Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19".
- 3.7. Resolución Ministerial N°146-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°286-MINSA/2020/DIGTEL: "Directiva Administrativa para la Implementación y Desarrollo de los Servicios de Teleorientación y Telemonitoreo".
- 3.8. Resolución Ministerial N°249 "Directiva Sanitaria N°098 para el Monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud COVID-19".
- 3.9. Resolución N° 25-GCPS-ESSALUD-2021, que aprueba la "Guía de adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Seguro Social de Salud-ESSALUD".
- 3.10. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°019-GCPS-ESSALUD-2020 Documento Técnico "Implementación de trabajo Remoto para el personal Asistencial en EsSalud".
- 3.11. Resolución N°33-GCPS-ESSALUD-2019, que aprueba la "Guía Técnica para la prevención y manejo integral de la anemia por deficiencia de hierro en la población de niñas/os, adolescentes, gestantes y puérperas con énfasis en el menor de tres años de edad".
- 3.12. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86 que aprueba la Directiva 002-GCPS-ESSALUD-2017 Atención Integral de la Salud Materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio.



- 3.13. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°76-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva de Atención Integral en Planificación familiar en el Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- 3.14. Resolución de Gerencia General N°900-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el "Plan de Cuidado de Salud Materna y Perinatal en ESSALUD 2016-2021".
- 3.15. Resolución de Gerencia Central N°1005-GCGP-ESSALUD-2014 que aprueba "Indicadores de rendimiento laboral de las principales actividades asistenciales del profesional Obstetrix/ Obstetra en EsSalud".

Artículo 4. Ámbito de Aplicación

El presente documento es de cumplimiento obligatorio en las IPRESS de los tres niveles de atención, propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP), de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el contrato suscrito.

Artículo 5. Definiciones Operacionales

- 5.1. **Plan de vida reproductivo:** Implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, teniendo en cuenta sus necesidades específicas, de acuerdo con su ciclo vital.¹
- 5.2. **Riesgo reproductivo (RR):** Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo sufran un evento adverso en el embarazo, parto o puerperio.²
- 5.3. **Atención preconcepcional/pregestacional:** Conjunto de intervenciones y actividades de atención integral, realizadas en un establecimiento por personal calificado, que se brindan a las MEF. Así mismo, estas acciones buscan identificar riesgos reproductivos modificables para lograr el mejor resultado posible.¹
- 5.4. **Consulta preconcepcional:** Proceso que se inicia con la entrevista, por parte de un profesional del equipo de salud (médico y Obstetra), hacia una mujer o su pareja antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo.¹
- 5.5. **Cuidado preconcepcional:** Conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones congénitas o con el mal resultado perinatal.²
- 5.6. **Derechos Sexuales y Reproductivos:** Garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, entre adultos y menores, logrando que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible.³
- 5.7. **Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre el médico y una persona usuaria mediante el uso de tecnologías de información y comunicación (TICS), con



¹ Protocolo de Atención Preconcepcional. 2014. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 26.

² Normas Nacionales Para la Atención Materno y Neonatal 2010. UNFHA – Republica de Honduras, 16.

³ Guías Nacionales de atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2004;3,4

fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.⁴

- 5.8. Telemonitoreo:** Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria en las IPRESS, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo con el criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.⁴
- 5.9. Teleorientación:** Es un conjunto de acciones que desarrolla un profesional de salud, mediante el uso de las TICS para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría en fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.⁴

Artículo 6. Acrónimos

- 6.1. IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 6.2. ESSALUD:** Seguro Social de Salud.
- 6.3. APP:** Asociación Público-Privada.
- 6.4. SSR:** Salud sexual y reproductiva.
- 6.5. PPF:** planificación familiar.
- 6.6. CPN:** control prenatal.
- 6.7. MEF:** mujeres en edad fértil
- 6.8. TICS:** Tecnologías de Información y Comunicación en salud.
- 6.9. TBC:** Tuberculosis



CAPÍTULO II

ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 7: Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Es responsable de elaborar, formular y/o actualizar las normas, manuales, en materia de salud, brindar la asistencia técnica y evaluar el cumplimiento de lo establecido en la presente directiva.

Artículo 8: Gerencia/ Direcciones de Redes Prestacionales/Asistenciales.

Es responsable de la gestión de recursos humanos, logísticos y tecnológicos para el cumplimiento de la presente directiva, teniendo en cuenta la demanda de atención y la oferta de servicios de salud en las Redes.

Artículo 9: Director de la IPRESS

Es responsable de la gestión de recursos humanos, logísticos y tecnológicos, organización y programación del personal a su cargo, para el cumplimiento de lo establecido en la presente directiva.

Artículo 10. Jefatura del Departamento/Servicio Asistencial de la IPRESS de EsSalud

Es responsable de la programación asistencial y fortalecer las capacidades en atención preconcepcional de los profesionales de salud.

⁴ Documento Técnico: Implementación de Trabajo Remoto para el Personal Asistencial de ESSALUD. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°019- GPCS-ESSALUD-2020.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 11: Los Gerentes de Redes Prestacionales y Asistenciales son encargados de la gestión, control, supervisión y el otorgamiento de las prestaciones presenciales y remotas de las IPRESS de la atención integral de la mujer en edad fértil.

Artículo 12: Los Gerentes / Directores de las IPRESS son los encargados de la gestión, control, supervisión de la organización y mejora continua de los procesos de atención, estableciendo las acciones y estrategias necesaria en el marco de la presente Directiva.

Artículo 13: El Gerente/ Director y Jefe de la Oficina de Administración de los órganos desconcentrados son los encargados de gestionar y organizar los recursos necesarios para el cumplimiento de la presente Directiva en toda las IPRESS de su jurisdicción.

Artículo 14: La consulta preconcepcional se realiza a toda MEF a través de la detección de riesgos, consejería preconcepcional y promoción de hábitos saludables, entre otros.⁵

Artículo 15: Las IPRESS se organizan según flujos de atención presencial (Circuito No COVID-19) a fin de brindar prestaciones de salud a las MEF.

Artículo 16: Los profesionales de especialidades clínico-quirúrgicas que atiendan MEF con enfermedades crónicas asociadas según Anexo N° 1, aplican el plan de vida reproductiva y derivan a la consulta preconcepcional, de corresponder.

Artículo 17: Las IPRESS que realizan atención preconcepcional e identifican condiciones en las MEF que incrementen su riesgo reproductivo, como se señala en el Anexo N° 2, son referidas o derivadas al médico especialista, incluyendo los servicios de Planificación Familiar.

Artículo 18: El equipo multidisciplinario que atiende a las MEF, indaga el plan de vida reproductivo personal. Si la paciente manifiesta la intención de gestar, el profesional realiza el tamizaje utilizando Anexo N° 2, si las condiciones son óptimas administrar ácido fólico y proseguir con recomendaciones del Anexo N° 3.

Artículo 19: El equipo multidisciplinario que atiende a las MEF, identifica algunas condiciones modificables que aumenten el riesgo reproductivo y realiza las interconsultas o la referencia a una IPRESS de mayor nivel resolutivo, con el objetivo de modificar dichas condiciones.

Artículo 20: Las MEF que acuden a los servicios de prevención y control de tuberculosis y VIH-SIDA, son referidas a la consulta preconcepcional o planificación familiar, de acuerdo con el caso.

Artículo 21: De la programación de los profesionales para el desarrollo de la Atención preconcepcional, según competencias:

Profesional	Enlace
Médico	AB1/AM3/C11-91-74
Obstetra	F21-B1-040

Artículo 22: El registro de la actividad en el ESSI será con el diagnóstico CIE 10 / Z31.6 Consejo y asesoramiento general sobre la procreación, según Anexo N° 8.

⁵ ACOG Committee Opinion Number 762. Prepregnancy Counseling. January, 2019.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Artículo 23: Estrategias para promover el cuidado preconcepcional ⁶

Son acciones dirigidas a las MEF, articuladas desde la promoción de la salud, así como el equipo de salud multidisciplinario y los servicios de salud organizados, en forma conjunta con otros sectores. En este sentido se establecen las siguientes pautas:

- 23.1. Promover los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la atención de la salud, con énfasis en los servicios de salud sexual y reproductiva (Anexo N° 5).
- 23.2. Todas las atenciones de las MEF, con profesionales de la salud y cualquier contacto con un proveedor de salud, en ámbitos institucional o comunitario, individual o grupal, deben ser aprovechados para la promoción de la atención preconcepcional, para informar y educar sobre comportamientos o hábitos que incrementan los riesgos o eventos reproductivos adversos, para esto se procederá a:
 - 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.
 - b. Concientizar a las personas en edad reproductiva que el embarazo amerita una preparación biopsicosocial.
 - c. Ofrecer educación preconcepcional por el profesional obstetra, de manera rutinaria, sobre los siguientes temas: planificación familiar, espaciamiento de los hijos, prevención del embarazo no planificado, importancia del control prenatal temprano y la detección oportuna de los factores de riesgo.
 - d. Orientar para que la persona reconozca y actúe de forma proactiva frente a condiciones que pueden atenuar o exacerbar su riesgo reproductivo como el peso óptimo y el estado de inmunizaciones.
 - e. Utilizar diferentes medios para sensibilizar, educar y empoderar a las MEF sobre temas del cuidado preconcepcional para reducir el riesgo reproductivo; utilizando folletos o la tecnología de información educación y comunicación (IEC).



Artículo 24: La consulta preconcepcional

Tiene como finalidad la detección y evaluación de las condiciones biológicas y sociales, así como los hábitos y estilos de vida presentes en las MEF y/o parejas, que implican riesgo reproductivo, dado que podrían afectar la salud o la vida de la madre y/o el feto o recién nacido. Una vez detectados estos riesgos, se debe proceder a las intervenciones de salud por el equipo multidisciplinario. Durante la consulta preconcepcional el personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- 24.1. La consulta preconcepcional se desarrolla en el marco de servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, identificando las condiciones de riesgo reproductivo, haciendo especial énfasis en la consejería y dispensación sobre anticoncepción, sobre todo en 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.
- 24.2. Cumplir con las normas de confidencialidad y privacidad, pues constituyen derechos de las usuarias y parejas.

Artículo 25: Niveles de atención.

La atención preconcepcional es parte de la prestación en los tres niveles de atención⁷; esta abarca un conjunto de intervenciones en los diferentes niveles.

⁶ Protocolo de Salud Preconcepcional /Ministerio de Salud Pública Santo Domingo. D.N (14:41)

⁷ Protocolo de Atención Preconcepcional. 2014. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (32;36)

- 25.1. En el Primer nivel de atención con énfasis en la prevención y promoción de salud, se realiza la identificación de los factores de riesgo reproductivo, la consejería y dispensación sobre anticoncepción, y las referencias oportunas a niveles superiores, según la capacidad resolutoria.
- 25.2. En el Segundo nivel de atención, cuenta con las especialidades según la oferta existente, además del tamizaje de riesgo reproductivo, con especial énfasis en la consejería y dispensación sobre anticoncepción a las MEF que, por su riesgo reproductivo lo necesiten, y la referencia de requerir servicios de mayor complejidad.
- 25.3. En el tercer nivel de atención, cuenta con servicios de otras especialidades o subespecialidades para la atención del evento, riesgos o enfermedades detectadas en la consulta preconcepcional.

Artículo 26: Consulta inicial o tamizaje.

En esta consulta, se identifica a las MEF con intención reproductiva y se procede a determinar los factores de riesgo para intervenir según el Anexo N° 2 o referir a un nivel de mayor complejidad en los casos que corresponda.

- 26.1. En condiciones ideales, la consulta inicial se debe realizar al menos un (1) año antes de planear un embarazo.
- 26.2. Para las personas con patologías crónicas o enfermedades graves en las que se debe definir la conveniencia o no del embarazo (ver Anexo N° 4), o su postergación, se debe proceder a la asesoría/consejería de planificación familiar en el nivel que corresponda.
- 26.3. La primo-consulta tiene una duración de 20 minutos⁸; para realizarse una historia clínica y un examen físico completo; tamizaje de cada uno de los tipos de riesgo reproductivo, e incluir como mínimo los aspectos que se enuncian a continuación:
 - a. Condiciones médicas preexistentes.
 - b. Factores psicosociales.
 - c. Historia hereditaria o genética.
 - d. Historia sexual y reproductiva.
 - e. Nutrición, peso, existencia de trastornos alimenticios y actividad física.
 - f. Hábitos no saludables, consumo de drogas.
 - g. Revisar estado de inmunizaciones de acuerdo con el esquema de vacunación vigente.
 - h. Ingesta de medicamentos.
 - i. Infecciones.
- 26.4. Además, se harán las siguientes indicaciones de exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas⁴:
 - a) Hemograma Completo.
 - b) Grupo y Factor Rh.
 - c) Orina completa.
 - d) Prueba rápida de Sífilis.
 - e) Prueba rápida de VIH previa consejería.
 - f) Glucosa.
 - g) Papanicolaou: Extendido de células cervicouterino.



⁸ Directiva N°02-GCPS-ESALUD-2017 "Atención Integral de la Salud Materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio".

- h) Dependiendo del caso y a criterio médico se podrán solicitar otros exámenes complementarios.

Artículo 27: Consulta de control o seguimiento

La consulta preconcepcional de seguimiento está dirigida a establecer un diagnóstico, mediante la clínica y la interpretación de los exámenes solicitados; e iniciar intervenciones o tratamientos para reducir o eliminar el riesgo reproductivo; también para brindar consejería en planificación familiar, derivar y referir a una IPRESS de mayor complejidad, según corresponda.

- 27.1. 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 referida a consulta con especialidad en ginecobstetricia, 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.
- 27.2. 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.
- 27.3. Si se detectan factores de riesgo modificables, se deben realizar las consultas de seguimiento que sean necesarias para garantizar el control de la condición de riesgo reproductivo preexistente.

Artículo 28: Intervenciones durante la atención preconcepcional para reducir riesgo reproductivo⁹

En obstetricia, la prevención secundaria y terciaria se llevarán a cabo en la consulta prenatal y en la unidad de hospitalización obstétrica, mientras que la prevención primaria es la que se realiza en la consulta preconcepcional, y es esta la esencia de la medicina preventiva. Las intervenciones que, de acuerdo con la evidencia disponible, pueden ser efectivas para reducir riesgo reproductivo y que deben ser consideradas en la atención integral en la etapa preconcepcional, se han organizado según tipo de riesgo en los siguientes grupos (Anexo N°2):

- a. Estado de inmunización.
- b. Nutrición, peso, trastornos alimentarios y actividad física.
- c. Hábitos Nocivos.
- d. Aspectos psicosociales.
- e. Antecedentes reproductivos.
- f. Antecedentes genéticos y familiares.
- g. Condiciones patológicas preexistentes
- h. Enfermedades Infecciosas.
- i. Medicación.
- j. Asesoría anticonceptiva en condiciones especiales.

Artículo 29: Estado de Inmunizaciones

Durante la atención preconcepcional se deberá revisar el carnet de vacunación y derivar al Servicio de Inmunizaciones para su atención correspondiente.

⁹ Cunningham, otros. Obstetricia Williams. Mc Graw Hill Education 25° Edición (156-166).

Artículo 30: Nutrición¹⁰

El peso, trastornos alimentarios, deficiencias nutricionales, y actividad física, que están asociados a resultados adversos durante el embarazo y que se consideran en el marco de la consulta preconcepcional; en este grupo figuran:

- a) Ingesta prolongada de suplemento dietéticos.
- b) Ingesta de dosis elevadas de vitamina A.
- c) Deficiencia de vitamina D.
- d) Deficiencia de calcio.
- e) Deficiencia de ácidos grasos esenciales.
- f) Deficiencia de yodo.
- g) Deficiencia de hierro.
- h) Sobrepeso / Obesidad.
- i) Bajo peso.
- j) Antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso.
- k) Trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia).



Las intervenciones a realizar son las siguientes, según anexo N° 7:

- 30.1. Interrogar a las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta y frecuencia 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 alimentación saludable y/o suplementos que contribuyan a cubrir los requerimientos nutricionales de cada MEF como la vitamina D y Calcio, los requerimientos en el embarazo y lactancia son superiores, y el aporte será crucial tanto para el desarrollo fetal, como para la prevención de osteoporosis en edad más avanzada. Pregestacionalmente se han de consumir 1.000 mg de calcio al día (3 raciones de productos lácteos) y 100 UI de vitamina D, junto a una exposición solar adecuada.
- 30.2. Mantener una dieta diaria en la MEF de tal manera que, se cubra el requerimiento 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 UI/día), evitar excederse.
- 30.3. A todas las MEF se les debe aconsejar ingerir de ácido fólico y hierro a través de la alimentación diaria y de ser necesario completarla con suplementos para la prevención del tubo neural.^{11,12}
- 30.4. Estimular a las mujeres en periodo preconcepcional para que ingieran dietas ricas en ácidos grasos esenciales incluyendo omega 3 y omega 6. Al igual que alimentos fortificados con el Yodo, la carencia de yodo durante el desarrollo prenatal es la principal causa de retraso mental y parálisis cerebral evitable en el mundo.
- 30.5. 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, se debe referir al profesional nutricionista.
- 30.6. En casos de MEF con bajo peso (IMC menor a 18,5) se debe asesorar sobre los potenciales riesgos a corto y largo plazo; referir al profesional nutricionista, para la



¹⁰ Lucía Fernández Molina; La nutrición en el periodo Preconcepcional y los resultados del embarazo: Revisión Bibliográfica y Nutricionista/Revista Nutrición y Dietética

¹¹ Guía Preconcepcional Santo Domingo- 2020/ 26

¹² Guía Técnica para la prevención y manejo integral de la anemia por deficiencia de hierro en la población de niñas/os, adolescentes, gestantes y puérperas con énfasis en el menor de tres años de edad.

evaluación nutricional correspondiente, a fin de identificar los posibles problemas en la alimentación, así como a la atención psicológica, que contribuya a identificar posibles problemas emocionales.

- 30.7. 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. Derivar al profesional nutricionista para 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.
- 30.8. En caso de trastornos alimentarios (bulimia, anorexia) se debe Informar sobre riesgo reproductivo asociado a estas condiciones y promover el ingreso a programas de intervención antes del embarazo. Es fundamental la referencia para valoración y manejo por un equipo multidisciplinario liderado por psiquiatría.
- 30.9 Motivar la actividad física y el ejercicio habitual para mantener el buen estado físico de la mujer.



Artículo 31: Hábitos Nocivos

Las mujeres en edad reproductiva con hábitos no saludables son derivadas a programas dirigidos para el tratamiento de consumo, 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.



- 31.1. **Ingesta de alcohol**, informar sobre consumo de 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 de ayuda 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.
- 31.2. **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.
- 31.3. **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.

Artículo 32: Aspectos psicosociales

Los riesgos psicosociales se asocian con resultados maternos y perinatales adversos. El personal médico y obstetra, encargado de la consulta preconcepcional debe indagar la presencia de este tipo de riesgo, que incluye condiciones psicosociales tales como: violencia de género y sexual, riesgo del contexto ambiente, condición de discapacidad. Y trastornos de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad y psicosis. De acuerdo con la evaluación individual y

dependiendo de los riesgos identificados, se deriva a especialista de salud mental y referencias de acuerdo al caso, acorde a los protocolos nacionales de atención.

- 32.1. Depresión, ansiedad y psicosis, informar sobre los riesgos psicosociales y su relación con resultados maternos y perinatales adversos.
- Indagar sobre depresión, ansiedad y psicosis, 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.
- 32.2. 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.
- 32.3. 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.
- 32.4. 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.



Artículo 33: Recomendaciones 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 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.

- 33.1. **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.

- b) Evaluar para la identificación y tratamientos de causas que puedan ser modificadas ante del siguiente embarazo.
 - c) Informar a la paciente con parto pre término previo las ventajas del uso de la progesterona en el embarazo siguiente.
- 33.2. **Cesárea previa**, informar sobre riesgos reproductivos, tanto para la madre como para el feto, asociados a la cesárea previa.
- a) Aconsejar a las pacientes con cesárea previa que deben esperar al menos 18 meses antes del nuevo embarazo.
 - b) 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 (dependiendo de la causa obstétrica.
 - c) Realizar valoración y consejería en planificación familiar.
- 33.3. **Abortos previos**, informar a las mujeres que han tenido un aborto espontáneo único, sobre 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 antifosfolípido, cariotipo y evaluación de anatomía uterina.
- 33.4. **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.
- a) Investigar al momento de la primera muerte fetal, las potenciales causas y comunicarle a la mujer.
 - b) Realizar estudios complementarios en el periodo preconcepcional y comunicar el riesgo elevado para futuro embarazos.
 - c) Remitir a especialista en ginecología para tratar los factores de riesgo que sean modificables.
- 33.5. **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 en planificación familiar.
- 33.6. **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.
- 33.7. **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.
- a) 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.
 - b) Realizar consejería sobre planificación familiar.
- 33.8. **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.
- a) Evaluar hipertensión residual y nefropatía.



- b) Remitir a la paciente para evaluación por especialista en ginecología y a consejería de planificación familiar.
- 33.9. **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.
- a) Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presenten, dado que se asocian a esta condición.
- b) Remitir a especialista en ginecología para valoración y consejería de planificación familiar.
- 33.10. **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.
- a) Realizar control metabólico previo y durante la gestación, a la mujer que presenten diabetes mellitus como condición preexistente.
- b) Remitir a especialista en ginecología para valoración y a consejería de planificación familiar.
- 33.11. **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 y sensibilizar sobre garantizar la futura atención del embarazo y del parto en instituciones con capacidad resolutoria para el manejo de la HPP por el riesgo de recurrencia.
- Remitir a especialista en ginecología para valoración y consejería de planificación familiar.
- 33.12. **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.
- a) Informar que pacientes con cualquier tipo de enfermedad trofoblástica gestacional, previa tienen en general una gestación normal.
- b) Sensibilizar en torno a la evaluación, lo más pronto posible de la viabilidad de futuro embarazo.
- c) Remitir a especialista en ginecología para valoración.
- 33.13. **Antecedentes de depresión post parto,** informar sobre la depresión post parto y su asociación con resultados materno y perinatal adversos.
- a) Identificar en la primera consulta de atención preconcepcional el riesgo de depresión postparto. Informa sobre la recurrencia de esta condición.
- b) Referir para evaluación por especialista en psiquiatría durante el periodo preconcepcional para determinar la severidad y manejo adecuado si llega a presentarse la depresión.
- c) Referir a especialista en ginecología para consejería en planificación familiar y manejo de acuerdo con el pronóstico.

Artículo 34: Antecedentes genéticos y familiares

Las mujeres con antecedentes genéticos o familiares deberán ser remitidas para valoración y consejería reproductiva por el especialista Gineco-obstetricia, quien definirá la pertinencia de valoración multidisciplinaria, dependiendo de cada condición. El personal a cargo de la consulta preconcepcional evalúa 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:



- a) Historia familiar de una condición genética conocida o sospecha de la misma.
 - b) Etnias asociadas a ciertas condiciones.
 - c) Múltiples familiares con la misma afectación.
 - d) Consanguinidad.
 - e) Aparición de una enfermedad en edad temprana.
 - f) Diagnóstico de una enfermedad de menos frecuencia en determinado género.
 - g) Bilateralidad o multifocalidad de una enfermedad (frecuentemente cáncer).
 - h) Enfermedad en ausencia de factores de riesgo o en presencia de medidas preventivas.
 - i) Una o más malformaciones mayores.
 - j) Retraso del desarrollo o retraso mental (cognitivo).
 - k) Anomalías en el crecimiento (restricción, asimetría del crecimiento o crecimiento excesivo).
- 34.1. Edad de la madre mayores de 35 años, informar a la paciente sobre los riesgos de aneuploidía y cromosopatías asociadas 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.
- 34.2. 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 e informar a la pareja que presentan riesgos, con base a su etnia y los ancestros y referir a genetistas para potenciales evaluaciones.
- 34.3. 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.
- a) 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.
 - b) 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.
 - c) Realizar la asesoría genética como un proceso educativo e informativo, pero de ningún modo impositivo. Realizar consejería sobre anticoncepción.

Artículo 35: Patologías preexistentes¹³

Las personas que presenten algunas de las condiciones de riesgo, deben ser remitidas para manejo por especialista, según cada condición en particular para la población con condiciones patológicas preexistentes; brindándole consejería en planificación familiar de manera oportuna como parte de la atención integral.

- 35.1. Diabetes mellitus, asesorar sobre la importancia del control de la diabetes para el embarazo:
- a) Orientar sobre alimentación.
 - b) Optimizar el control de la glicemia y el monitoreo.
 - c) Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regularmente.
 - d) Evaluar las complicaciones vasculares.

¹³ Bajo Arenas, otros. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Grupo ENE. Edif. Diapasón Madrid. 2007 (217:225).

- e) Realizar una hemoglobina glicosilada y de no ser adecuada (menor de 6.5%) realizar la referencia.
 - f) Referir al especialista en endocrinología para manejo de la diabetes y al especialista en ginecología para asesoría anticonceptiva.
- 35.2. Enfermedad tiroidea, informar sobre riesgo reproductivo asociado a enfermedad tiroidea y al uso de levotiroxina preconcepcional.
- a) Lograr un óptimo control terapéutico antes de quedar embarazada.
 - b) Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea.
 - c) No se recomienda realizar el tamizaje para hipotiroidismo subclínico.
 - d) Referir al especialista en endocrinología para manejo de la enfermedad tiroidea y al especialista en ginecología para asesoría anticonceptiva.
- 35.3. Hipertensión arterial (HTA), informar sobre los riesgos para el embarazo asociados a la HTA y la importancia del tratamiento con antihipertensivos adecuados.
- a) Realizar control de la presión arterial antes de la concepción, dado que produce mejores resultados perinatales.
 - b) Realizar una evaluación general de las pacientes con larga historia de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía).
 - c) Referir al especialista en cardiología para manejo de la hipertensión y a ginecología para asesoría anticonceptiva.
- 35.4. 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
- a) Realizar control de la presión arterial antes de la concepción, dado que produce mejores resultados perinatales.
 - b) Solicitar proteinuria, dado que la presencia de proteína se asocia con malos resultados perinatales y progresión de la enfermedad renal a largo plazo.
 - c) Referir al especialista en nefrología para manejo y a ginecología para asesoría anticonceptiva.
- 35.5. Enfermedad cardiovascular, informar sobre los riesgos asociados al embarazo en mujeres con patología cardiovascular.
- a) Realizar control de la presión arterial antes de la concepción, dado que produce mejores resultados perinatales.
 - b) Evitar la warfarina durante el primer trimestre.
 - c) Realizar consejería genética en los casos de las cardiopatías genéticas.
 - d) Referir al especialista en cardiología para manejo de la condición cardiovascular y a ginecología para asesoría anticonceptiva.
- 35.6. Trombofilia, informar sobre riesgo reproductivo asociado a trombofilia.
- a) Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilia congénita.
 - b) Referir al especialista en cardiología para manejo de la condición cardiovascular y a ginecología para asesoría anticonceptiva.
- 35.7. Anemia, informar sobre riesgo reproductivo asociado a anemia preconcepcional
- a) Evaluar la anemia durante el periodo preconcepcional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro.
 - b) Evaluar las pacientes con deseo de embarazarse y tratarla anemia para lograr mejores resultados obstétricos.



- c) Referir al especialista en hematología los casos complicados o sin respuesta al tratamiento y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva.
- 35.8. 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.
- a) Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones).
- b) En caso de requerir tratamiento, cambiar a Carbamazepina. Incrementar la dosis de ácido fólico, mínimo 1mg por día. Las dosis máximas sugeridas pueden llegar a 5mg por día, sin embargo mayores estudios son necesarios para establecer dosis óptimas.¹⁴
- c) Referir al especialista en neurología que es responsable de implementar las intervenciones correspondientes al manejo de anticonvulsivantes y referir también a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva.
- 35.9. Tuberculosis (TBC), 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 TBC sin tratamiento en mujeres embarazada es un riesgo para la transmisión de la enfermedad al recién nacido y para resultados adversos; obstétricos y perinatales:
- a) Referir o derivar al Programa de control de tuberculosis para garantizar el tratamiento completo de la enfermedad según el esquema correspondiente.
- b) Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti-TBC.
- 35.10. Asma, informar sobre la posibilidad que el asma se agrave durante el embarazo y el riesgo reproductivo que representa.
- a) Mantener anticoncepción en mujeres con asma no controlado, hasta lograr un control efectivo de la crisis.
- b) Realizar tratamiento profiláctico previo al embarazo en pacientes con asma persistente.
- c) Referir al especialista en neumología para manejo de la condición asmática y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva.
- 35.11. Neoplasias, informar sobre la posibilidad de la mujer con neoplasia agravarse durante el embarazo.
- a) Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico.
- b) 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.
- c) Referir al especialista para manejo oncológico y a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva.
- 35.12. Fenilcetonuria, informar sobre mayor riesgo de hijos/as con retardo mental cuando la mujer padece riesgo fenilcetonuria.



¹⁴ US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, García FA, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Phillips WR, Phipps MG, Pignone MP, Silverstein M, Tseng CW. Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017 Jan 10;317(2):183-189. doi: 10.1001/jama.2016.19438. PMID: 28097362.

- a) Informar sobre la importancia de la dieta con el fin de evitar las graves consecuencias perinatales.
 - b) 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.
 - c) Derivar o referir al especialista en nutrición para manejo de la dieta y a ginecobstetricia para la asesoría anticonceptiva.
- 35.13. Artritis reumatoide, informar sobre riesgo reproductivo, sobre todo asociado al tratamiento de la artritis reumatoide; acerca de la historia natural de la enfermedad, la mejoría potencial durante el embarazo y el empeoramiento en el puerperio.
- a) En caso de embarazo, evitar corticoides en el primer trimestre y suspender los AINES a partir de la 27 semana de gestación.
 - b) Referir al especialista en reumatología para manejo de la condición artrítica y a ginecobstetricia para la asesoría anticonceptiva.
- 35.14. 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.
- a) Referir al especialista en reumatología para el manejo del LES y medicación específica y a ginecobstetricia para la asesoría anticonceptiva.
- 35.15. Obesidad mórbida (Índice de masa corporal IMC es \geq de 40), informar sobre riesgo reproductivo asociado a la obesidad.
- a) Realizar evaluación nutricional y estudios clínicos adicionales que permitan determinar el estado metabólico y endocrino.
 - b) Referir al endocrinólogo, nutricionista, y otros profesionales que se requieran para el manejo integral de la obesidad mórbida, sin dejar de lado el abordaje psicoemocional.
 - c) También referir a ginecobstetricia para asesoría anticonceptiva.



Artículo 36: Enfermedades infecciosas

El profesional de la salud, encargado de la atención preconcepcional, es responsable de ordenar el tamizaje para enfermedades infecciosas, ante la confirmación, deben iniciar el tratamiento y referir al especialista en Gineco-Obstetricia 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.

- 36.1. **Virus de inmunodeficiencia Humana, VIH**, informar sobre el riesgo de la transmisión perinatal del VIH.
- a) Aconsejar a todas las mujeres y hombres hacer una prueba de VIH previo al embarazo y promover las prácticas sexuales segura.
 - b) 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.
 - c) Ofertar alternativas de anticoncepción en caso de que la mujer o la pareja no planeen un embarazo de forma inmediata.

- 36.2. **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.
- 36.3. **Gonorrea,** informar sobre los efectos asociados a la gonorrea durante el embarazo (corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y parto pre termino) y en el neonato (conjuntivitis que puede llevar a la ceguera, endocarditis y meningitis).
- Referir gineco-obstetra para el tratamiento a las mujeres infectadas que se detecten durante la atención preconcepcional.
 - Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino.
- 36.4. **Clamidias,** informar sobre la asociación de la infección por clamidias con embarazo ectópico, infección ocular neonatal y neumonía neonatal.
- Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino.
 - Referir al gineco-obstetra para tratamiento.
- 36.5. **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 referir al gineco-obstetra para tratamiento cuando corresponda, acorde a protocolos de manejo ITS.
 - Ofrecer consejería sobre protección sexual, mediante uso del condón masculino o femenino.
- 36.6. **Citomegalovirus,** informar sobre el riesgo de seroconversión para una mujer susceptible durante el embarazo, siendo mayor el riesgo de transmisión madre-hijo en la primo infección. 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.
- 36.7. **Rubéola,** informar sobre el riesgo teratógeno para el feto sordera neurosensorial, retraso mental, malformaciones cardíacas, cataratas, etc, se debe realizar el cribado de rubéola en la consulta preconcepcional, para identificar a aquellas mujeres no inmunizadas y por ello susceptibles de presentar infección.
- La mujer susceptible debe ser vacunada antes de la concepción y advertida de que debe evitar la gestación, utilizando un método anticonceptivo durante los tres meses siguientes a la vacunación.
- 36.8. **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.



- 36.9. **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.
- 36.10. **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.
- 36.11. **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.
- 36.12. **Vaginosis bacteriana**, informar sobre la asociación de esta infección con resultados adversos perinatales, como prematuros, rotura prematura de membranas y aborto espontáneo. Se debe derivar a gineco-obstetra para tratamiento en las mujeres con vaginosis bacteriana sintomáticas durante la etapa preconcepcional.
- 36.13. **Enfermedad periodontal**, asesorar sobre esta patología, pues se asocia con una respuesta materna de preeclampsia y prematuros, referir a odontología para control rutinario de salud bucal y tratamiento durante el periodo preconcepcional.



Artículo 37: Medicación

El profesional de la salud, encargado de la atención preconcepcional, es responsable de identificar 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 (Anexo N° 4).
- 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.

- e) Remitir al especialista tratante para el cambio por una medicación segura ante de la concepción • Ofrecer consejería sobre anticoncepción.

Artículo 38: Asesoría anticonceptiva en condiciones especiales

Cuando la gestación representa un grave problema para la vida de la mujer según Anexo N°1, 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.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

PRIMERO: El Jefe del Departamento/ Servicio de la IPRESS evalúa la potencial demanda de las MEF, en el actual contexto de la pandemia por la COVID-19 y realiza la programación en el ESSI de los profesionales de la salud, de acuerdo a sus competencias.

SEGUNDA: El Director o quien haga sus veces en las IPRESS con población adscrita del primer nivel de atención (PNA) y del segundo nivel, de acuerdo con su capacidad resolutive establecen procesos para la atención de las MEF a través de la teleconsulta, telemonitoreo y/o con la consulta presencial o mixta de acuerdo a la normativa institucional (circuito No COVID-19).

TERCERO: El Director o quien haga sus veces en las IPRESS, desarrollan procesos de organización y disponen de los recursos necesarios, de acuerdo con su capacidad resolutive.

CUARTO: El personal de salud de la IPRESS atiende a las MEF con calidez, cuidando la distancia social, cumpliendo las medidas de bioseguridad, y uso adecuado de equipos de protección personal EPP.

QUINTO: El Director o quien haga sus veces en las IPRESS debe garantizar la continuidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva con el suministro ininterrumpido de los insumos de los métodos anticonceptivos, siendo componente esencial de la salud pública durante la pandemia del COVID-19.

ANEXOS

ANEXO N° 01: Condiciones difícilmente modificables que incrementan el riesgo reproductivo

ANEXO N° 02: Evaluación del Riesgo preconcepcional

ANEXO N° 03: Recomendaciones de Medicina basada en evidencia

ANEXO N° 04: Medicamentos contraindicados durante el embarazo

ANEXO N° 05: Derechos sexuales y Reproductivos

ANEXO N° 06: Flujo de Atención Preconcepcional

ANEXO N° 07: Resumen con los principales micronutrientes en la etapa preconcepcional

ANEXO N° 08: Ficha de Protocolo de Indicador



Anexo N° 1: Condiciones difícilmente modificables que incrementan el riesgo reproductivo¹⁵

- Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia*.
- Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento*.
- Insuficiencia respiratoria.
- Insuficiencia renal.
- Trastornos hematológicos de la coagulación.
- Insuficiencia hepática.
- Trastornos neurológicos.
- Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco*.
- Lesión neurológica severa*.
- Lupus Eritemato Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento*.
- Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco*.
- Cirugía bariátrica en los últimos 2 años.
- VIH sin TARGA o, con TARGA y mala respuesta terapéutica.
- Tuberculosis activa, sin tratamiento, en tratamiento o con mala respuesta terapéutica.
- Cardiomiopatías.
- Anemia falciforme.
- Paciente transplantada en los últimos 2 años.
- Mutaciones plaquetarias.



¹⁵Norma técnica de Salud para la Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. NTS N° 174 - MINSA /2021/CDC(adaptado)

Anexo N° 02: Evaluación del Riesgo preconcepcional¹⁶

Metodología para evaluar riesgo preconcepcional	
Factores Sociales y demográficos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad materna (menor de 18 años o superior a 35). En las edades extremas de la vida reproductiva (15-40 años) la posibilidad de complicaciones en la gestación es mayor. Por encima de los 35 años debemos informar a la paciente del mayor riesgo de cromosomopatías. ➤ Hábitos Nutricionales. ➤ Apoyo a pareja y/o Familiar. ➤ Violencia de género. ➤ Actividad física o labor de riesgo. ➤ Nivel socioeconómico bajo. ➤ Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales en zona de lata contaminación ambiental. ➤ Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción. ➤ Riesgo laboral. ➤ Nivel de escolaridad
Antecedentes reproductivos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esterilidad previa. ➤ Aborto o parto pretérmino a repetición. ➤ Muerte perinatal ➤ Isoinmunización por RH negativa ➤ Gran multiparidad. ➤ Cesárea iterativa. ➤ Depresión postparto. ➤ Hijos y/o familiares con anomalías cromosómicas o defectos congénitos. ➤ Antecedentes de Enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, hiperémesis gravídica. ➤ Malformaciones uterinas y/o miomas uterinos.
Condiciones médicas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión arterial crónica. ➤ Cardiopatía Isquémica, Valvulopatía complicada, Cardiopatía dilatada. ➤ Uso de anticoagulantes y/o medicamentos categoría X. ➤ Enfermedad renal crónica, Infección urinaria. ➤ Diabetes mellitus, insulino dependiente, con nefrosis, neuropatía, retinopatía, u otra enfermedad vascular o de más 20 años de evolución. ➤ Anemia drepanocítica. ➤ Hiper o hipotiroidismo. ➤ Epilepsia u otro trastorno convulsivo. ➤ Enfermedad respiratoria crónica (Asma, EPOC). ➤ Tuberculosis activa. ➤ VIH-SIDA u otras ITS. ➤ Lupus eritematoso sistémico u otra autoinmune. ➤ Enfermedades hematológicas o hepáticas. VHB ➤ Obesidad mórbida. ➤ Cáncer de mama o cuello uterino.
Exámen físico general.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peso – Talla Evaluación de índice de masa corporal (IMC). ➤ Boca, oro faringe y estado dentario. ➤ Exploración de tiroides. ➤ Adenopatías, cuello, supraclaviculares, axilares e inguinales. ➤ Inspección, palpación y auscultación del aparato respiratorio. ➤ Inspección, palpación y auscultación del aparato cardiovascular. ➤ Sistema venoso periférico.



¹⁶ Elaboración propia modificado de Norma técnica de Salud para la Atención Integral de la salud Materna RM N° 827-2013/MINSA.

Metodología para evaluar riesgo preconcepcional	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspección y palpación del abdomen, descartar presencia de tumoraciones y hepato-esplenomegalia.
Exámen físico ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspección de periné, vulva y vagina. ➤ Examen de cuello uterino mediante espéculo. ➤ Tacto vaginal, examen de útero y anexos. ➤ Examen de mamas.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exámenes de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemograma completo. ○ Grupo sanguíneo ABO y factor RH. ○ Orina completa y urocultivo según antecedentes. ○ Glucosa. ○ Prueba rápida de sífilis. ○ Prueba rápida de VIH. ○ Exudado vaginal y cultivo según hallazgos. ○ Papanicolaou, previa orientación y consejería. ○ Mamografía en mujeres mayores de 40 años de acuerdo con evaluación médica.
Otras Acciones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar sobre autoexamen de mamas. ➤ Tamizaje de violencia familiar. ➤ Referir para evaluación y tratamiento odontológico. ➤ Revisar estado de inmunizaciones. En zona endémica indicar inmunización contra fiebre amarilla. ➤ En zonas de riesgo indagar medidas preventivas contra Dengue, Zika y Chikunguña. ➤ Según antecedentes estudio cromosómico de la pareja. ➤ Indicar suplemento de Ácido Fólico 1 mg. diario desde tres meses antes de la concepción. ➤ Con antecedentes de malformaciones del tubo neural en embarazos indicar 4 -5 mg de ácido fólico tres meses antes. ➤ Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludable y de nutrición adecuada. ➤ Detección y evaluación de riesgos de alteraciones en la salud mental.



Anexo 03: Recomendaciones de Medicina basada en evidencia¹⁷

Periodo del ciclo de vida	Tipo	Intervención	Evidencia	Recomendación
PERIODO PRECONCEPCIONAL	Promoción del intervalo inter-embarazo óptimo	Espaciamiento de los Nacimientos para reducir la mortalidad Materna e infantil. Después de un nacimiento vivo lograr un intervalo inter-embarazo entre 2 años y menos de 5 años.	Moderada calidad, para reducir Mortalidad materna, perinatal, infantil, parto prematuro y peso bajo al nacer	Fuerte recomendación para reducir mortalidad materna e infantil.
	Evaluación preconcepcional de la nutrición con el índice de masa corporal	Prevención o tratamiento del sobrepeso y obesidad preconcepcional.	Evidencia de alta calidad	Fuerte Recomendación
	Prevención de malformaciones congénitas con ácido fólico y multivitamínicos.	Es recomendable que toda mujer que planea o está en riesgo de embarazarse, tome ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo, todo el embarazo y mientras dure la lactancia.	Evidencia de alta calidad	Fuerte Recomendación
	Prevención y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro	Suplementación semanal de hierro y ácido fólico para la prevención de anemia por deficiencia de hierro en mujeres menstruantes en lugares con alta prevalencia de anemia ($\geq 20\%$ de las no embarazadas).	Evidencia de alta calidad	Fuerte Recomendación

¹⁷ Guía de Intervención basada en Evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. USAID 2014

Anexo N°04: Medicamentos contraindicados durante el embarazo¹⁸

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	Estreptomicina/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



¹⁸ 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

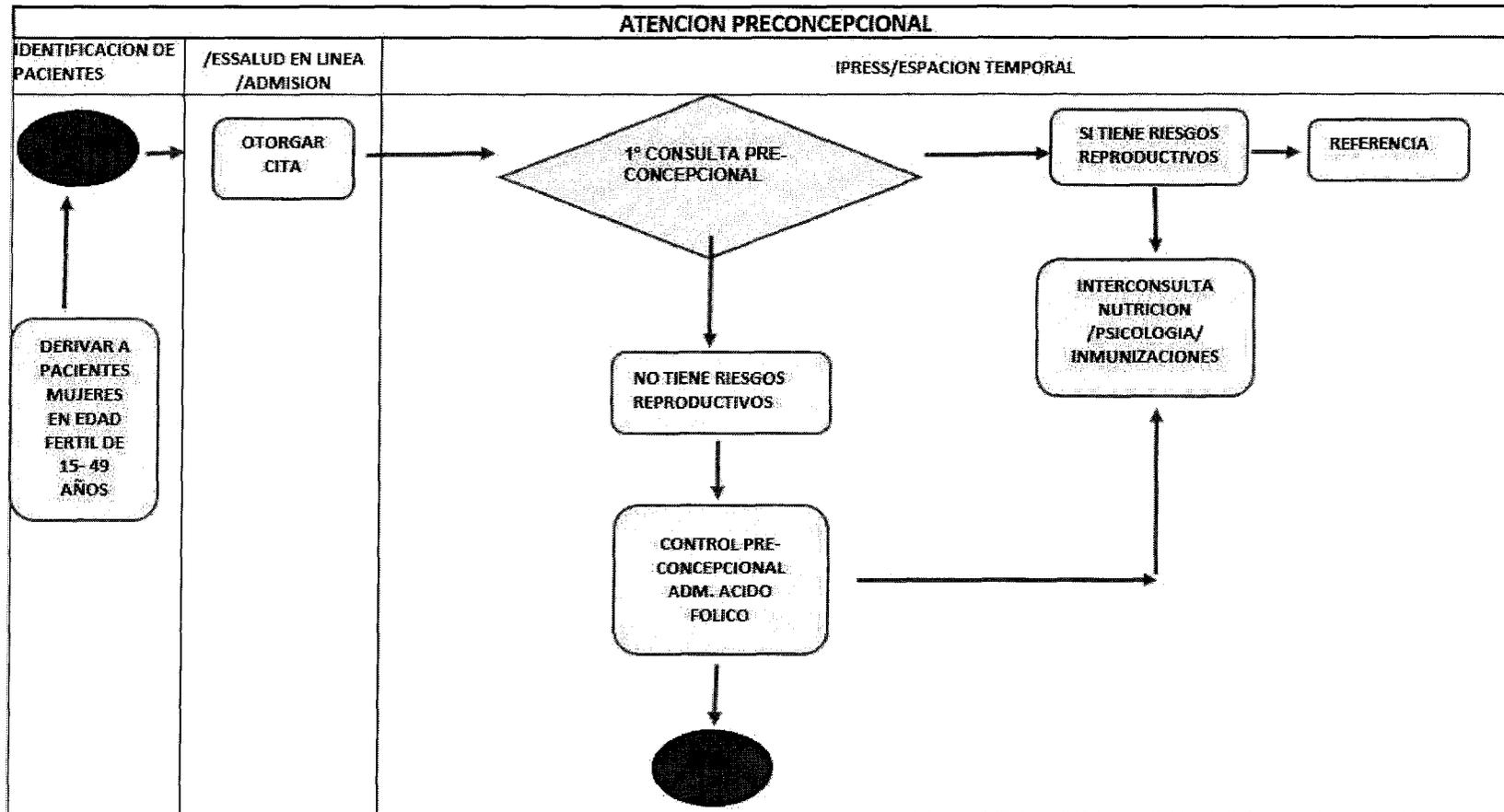
Anexo N° 5: Derechos sexuales y Reproductivos¹⁹**Derechos Sexuales y Reproductivos**

1. Derecho a la Vida.
2. Derecho a la integridad física psíquica y social y a la seguridad de la persona.
3. Derecho a la igualdad y a la no discriminación.
4. Derecho a la privacidad.
5. Derecho a la libre información y a la educación.
6. Derecho a decidir si contraer o no matrimonio y fundar una familia.
7. Derecho a decidir si tener o no hijos y cuando tenerlos.
8. Derecho a la atención y la protección de la salud.
9. Derecho a los beneficios del progreso científico.
10. Derecho a una vida libre de violencia.
11. Derecho a la igualdad y equidad.
12. Derecho a la atención a la salud reproductiva



¹⁹ Guías Nacionales de atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva-MINSA 2004;3,4

Anexo N° 06: Flujo de Atención Preconcepcional



Anexo N°7: Resumen con los principales micronutrientes en la etapa preconcepcional²⁰

MICRONUTRIENTES	TRANSTORNO	RESULTADOS	REFERENCIA
Zinc (ingesta preconcepcional)	Defectos del tubo neural (DTN)	El riesgo de DTN en los recién nacidos y los fetos disminuyo con el aumento de ingestas materna de zinc	Velle et.al. (1999)
Zinc (Estatus materno)	Nacimiento prematuro	Pequeña pero significativa reducción del riesgo de parto prematuro.	Chaffe&King(2012)
Hierro (Estatus materno)	Anemia	Niveles bajo de hierro en la fase preconcepcional aumenta notablemente el riesgo de anemia durante el embarazo.	Casanueva et al. (2004)
Hierro, magnesio, niacina (ingesta preconcepcional)	Espina bífida	Inadecuada Ingesta preconcepcional de hierro, magnesio y niacina asociados con un mayor riesgo (de 2 a 5 veces más) de espina bífida.	Groenen et al. (2004)
Hierro (ingesta preconcepcional)	Hendiduras orofaciales (HOF)	El aumento de la ingesta de hierro, magnesio, ácido ascórbico reduce el riesgo de descendencia afectada por HOF	Krapels et al. (2004)
Hierro (ingesta preconcepcional)	Diabetes mellitus gestacional (DMG)	Altos niveles de ingesta de hierro dietético antes de la concepción pueden estar asociados con un mayor riesgo de DMG.	Qiu et al (2011)
Ácidos grasos omega-3 y omega-6(ingesta preconcepcional)	Morfología del embrión.	La ingesta preconcepcional de omega3 se asociaban con la mejora de la morfología temprana del embrión.	Hammicheet al. (2011)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Defectos del tubo neural	Hasta el 72% menos de DTN en la descendencia.	Wallker et al. (2012)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Nacimiento Prematuro espontaneo	suplementación de ácido fólico antes de la concepción durante un año o más;70% reducción del riesgo antes de las 28 semanas de gestación, y un 50% menos de entre 28 y 32 semanas.	Bukowsft et al. (2009)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Bajo Peso al nacer	suplementación suministrados antes de la concepción se asociaban un valor de 68g más de peso al nacer (IC37.2; 99.o 95%) y alrededor de unos 13g mas en el peso placentario (IC1.1,25.5 95%).	Timmermans et al. (2009)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Defectos del tubo neural	No encontraron asociación entre el uso de suplementos de ácido fólico durante el periodo preconcepcional y la disminución de riesgo de defectos de nacimiento a excepción de los DTN, donde dicha asociación así se establecía.	Bower et al. (2006)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Defectos congénitos del corazón. (CHD)	La suplementación preconcepcional de ácido fólico se asoció con un menor riesgo de CHD.	Li et al. (2013)
Estado preconcepcional de vitaminas del grupo B	Nacimiento prematuro o PP.	El riesgo de parto prematuro fue 60% menor en las mujeres con niveles suficientes de vitamina B12 que las que padecían deficiencia, y fue 50% menor en las mujeres con niveles adecuados de vitamina B6que en las que tenían deficiencia.	Ronnenberg et al. (2002)
Vitamina B6 estatus materno	concepción perdida temprana del embarazo	Deficiencia de vitamina B6 reduce la probabilidad de concepción y contribuyo al riesgo de pérdida de embarazo en ciclos conceptivos.	Ronnenberg et al. (2007)

²⁰ Lucia Fernández Molina; La nutrición en el periodo Preconcepcional y los resultados del embarazo: Revisión Bibliográfica y Nutricionista/Revista Nutrición y Dietética

Anexo N° 8: Ficha de Protocolo de Indicador

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL					
Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
Acción estratégica institucional 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Usuaris atendidas en atención preconcepcional				
Definición	Usuaris atendidas en atención preconcepcional, acumulado al mes de evaluación con relación al total MEF por IPRESS. Código de examen: A0501 Consejería de salud sexual y reproductiva Público objetivo: MEF CIE 10: Z31.6 Consejo y asesoramiento general sobre la procreación.				
Tipo de indicador	De cobertura				
Valor del indicador t=Año de inicio del PEI	Información Histórica				
	Año 2019	Año 2020	Año 2021		
	SD	SD	SD		
Justificación	La atención preconcepcional, para brindar las intervenciones de salud que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.				
Limitaciones y supuestos empleados	Reporte del ESSI con CIE 10: Z31.6				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Numerador: Número de MEF atendidas en consulta preconcepcional en la IPRESS x100 Denominador: Número total MEF por IPRESS (30%)				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ MEF atendidas en consulta preconcepcional} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de MEF esperadas por IPRESS}}$				
Meta institucional	2022	2023	2024	2025	2026
	10%	20%	30%	50%	70%
Periodicidad de las mediciones	Se evalúa el periodo de últimos 12 meses retrospectivo				
Fuente de datos	ESSI/ Registro de MEF				
Base de datos	Sistema Transaccional vigente				
Periodicidad de reporte del indicador	Mensual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Prestaciones de Salud				
Órganos involucrados	Gerente de Redes Asistenciales /Prestacionales				

