



MINISTERIO
DE SALUD

Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y
alto riesgo reproductivo

San Salvador, El Salvador 2024



MINISTERIO
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y
alto riesgo reproductivo**

San Salvador, El Salvador 2024

2024 Ministerio de Salud



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

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

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

Edición

Ilustraciones o imágenes

Impresión

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo técnico

| | |
|--|---|
| Dr. Heriberto José Contreras Mata Br. Kirvyn Joel Méndez Flores | Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez |
| Dr. Roberto Águila Cerón | Equipo Nacer con Cariño |
| Dra. Verónica Irene Soto de Hernández | Oficina de Enfermedades no Transmisibles |
| Dra. Victoria Ramírez Estrada | Unidad de Género |
| Dra. Lizeth Yomara Lucero de Maravilla | Unidad de Servicio de Apoyo Diagnóstico |
| Licda. Beatriz Adriana Rivera Andrade | Unidad Nacional de Enfermería |
| Dr. Roberto Amaya | Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención |
| Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla | Dirección de Regulación |
| Dra. Graciela Angélica Baires Escobar | |
| Dr. Juan Miguel Herrera Fabian | Unidad de Atención a la Persona Adulta |
| Dr. Mario Ernesto Soriano | Unidad de Atención a Adolescentes |
| Dra. Tania Carolina Cordova Burgos | Unidad por el Derecho a la Salud |
| Dr. Enrique González | Dirección Regional de Salud Paracentral |
| Dra. Eunice Beatriz Herrera | Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" |
| Dra. Elisa Menjivar de Arostegui | |
| Dra. Marcela Eugenia Ruano | Hospital Nacional Rosales |
| Dra. Mirna Georgina Cortez Vaquerano | Hospital Nacional Santa Teresa, |
| Dr. Jharis Alfredo Sierra Cárcamo | Unidad de Salud Intermedia San Juan Opico |
| Dr. José Manuel Salinas | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| Dra. Ana Celia de Uriarte | |
| Dra. Nancy Marroquin | Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial |
| Dra. Sonia López de Calderón | Comando de Sanidad Militar |
| Dra. Elizabeth Abigail Escobar Navas | Fondo Solidario para la Salud |
| Dr. Francisco Turri | Consultor Internacional |

Comité consultivo

| | |
|------------------------------|--|
| Dra. Ana Beatriz Sandoval | Dirección Nacional de Hospitales |
| Dra. Natalia Melissa Sasso | Equipo Nacer con Cariño. |
| Lic. Henry Alexander Mendoza | Unidad de Promoción de Vida Sana y Bienestar |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Dra. Andrea Chacón | Unidad de Enfermedades no Transmisibles |
| Dra. Wendy Melara | Unidad del programa VIH |
| Dra. Victoria Sales Huevo | Unidad de Género |
| Dra. Esmeralda Miranda de Ramírez | Unidad de Atención a la Mujer Adulta |
| Dra. Blanca Romero de Santos | Dirección Regional de Salud Oriental |
| Dra. Patricia Salvador | SIBASI Sur |
| Dra. Katia Mariela Deras | SIBASI Chalatenango |
| Dra. Julia Antonieta Méndez Narváez | Hospital San Juan de Dios Santa Ana |
| Dra. Aurora Salazar | Hospital San Juan de Dios San Miguel |
| Dr. Ronal E. Eguizabal | Hospitales de Gotera |
| Dr. Eduardo Antonio Castaneda | Hospital Nacional San Rafael |
| Dra. Adela Valdez de Perdomo | Unidad de Salud Especializada de Cojutepeque |
| Dra. Olga María Hidalgo Perdomo | Unidad de Salud Díaz del Pinal |
| Dra. Sonia Ivette Pineda Landaverde | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| Dra. Ingrid Jeannette Chavarría | |
| Dra. Wendy Sigrít Miller de Canales | Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial |
| Dra. Evelyn Patricia Rivera | Fondo Solidario para la Salud |

San Salvador, a los 10 días del mes de enero 2024.

Acuerdo n.º 723

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando:

- I. Que la Constitución, en su artículo 65 determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento;
- II. Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo en el artículo 42, numeral 2), establece que compete al Ministerio de Salud: dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población;
- III. Que el Código de Salud prescribe en el Art. 41 numeral 4, que corresponde al Ministerio, el organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;
- IV. Que de acuerdo a los artículos 1 y 4 de la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, el Ministerio es el competente para regular y garantizar los derechos y deberes de los pacientes, que soliciten o reciban servicios de salud;
- V. Que la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, en los artículos 3 y 13 establecen que "El Sistema" está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector del mismo, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo;
- VI. Que la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, fue creada con el fin de garantizar el cumplimiento de derechos humanos relativos a la maternidad e infancia desde el periodo preconcepcional y que dichas atenciones deben ser brindadas bajo la mejor evidencia científica disponible y bajo un enfoque holístico; biopsicosocial.

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

Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo

Índice

| | | |
|--------------|---|-----------|
| I. | Introducción..... | 9 |
| II. | Objetivos..... | 10 |
| III. | Ámbito de aplicación..... | 10 |
| IV. | Contenido técnico..... | 10 |
| | A. Generalidades..... | 10 |
| | B. Atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo..... | 11 |
| | C. Actividades para la consulta preconcepcional..... | 12 |
| | D. Consulta de alto riesgo reproductivo..... | 17 |
| | E. Monitoreo, asistencia técnica, evaluación y supervisión..... | 31 |
| V. | Glosario..... | 32 |
| VI. | Siglas..... | 33 |
| VII. | Disposiciones finales..... | 34 |
| VIII. | Vigencia..... | 34 |
| IX. | Referencias bibliográficas..... | 35 |
| X | Anexos..... | 37 |

I.Introducción

Para evitar las muertes maternas, es vital promover la planificación de los embarazos. Todas las mujeres en edad reproductiva previo a la gestación, necesitan tener acceso a atenciones de salud en las que se identifiquen factores de riesgo asociados a complicaciones que las dejen expuestas a sufrir una morbilidad obstétrica extrema o a una muerte materno perinatal.

El 61.8% de las muertes maternas son prevenibles, el 23.5% son potencialmente prevenibles y solo el 14.7% no son prevenibles según datos obtenidos en base de datos de Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez en el año 2022, por lo que es importante realizar estrategias para la reducción de estas muertes ya que las soluciones de atención de salud para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a unos cuidados de alta calidad antes, durante el embarazo, así como en el parto y puerperio.

La Ley Nacer Con Cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el Recién Nacido, tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de los niños y niñas desde la concepción, gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La atención preconcepcional comprendida en el marco de la ley, deberá considerar un derecho con enfoque holístico, en donde las acciones desarrolladas provengan de la mejor evidencia científica disponible.

La salud materna y la salud neonatal están estrechamente vinculadas, por ello se hace importante generar lineamientos que establezcan disposiciones necesarias para la atención integral en salud desde la preconcepción hasta la finalización del embarazo.

II. Objetivos

General:

Establecer las disposiciones técnicas para la atención integral en salud en el periodo preconcepcional y en la consulta de alto riesgo reproductivo en las instituciones que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Específicos:

1. Establecer las disposiciones para la detección oportuna de los factores de riesgo durante el periodo preconcepcional.
2. Implementar en todos los niveles de atención del SNIS, la atención preconcepcional
3. Definir los criterios para la referencia a la consulta de alto riesgo reproductivo.
4. Organizar los procesos de atención en el periodo preconcepcional y en la consulta de alto riesgo reproductivo en los establecimientos de salud del SNIS.
5. Estandarizar la atención en el periodo preconcepcional y en la consulta de alto riesgo reproductivo a las mujeres en los diferentes niveles de atención del SNIS.
6. Realizar monitoreo, evaluación, asistencia técnica y supervisión en los establecimientos del SNIS.

III. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos técnicos son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud de las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que brinda atención a mujeres en edad fértil que desee embarazo entre los 18 a 49 años.

IV. Contenido técnico

A. Generalidades

Las instituciones integrantes del SNIS deben garantizar a las mujeres en edad reproductiva que deseen un embarazo, durante la atención preconcepcional y de alto riesgo reproductivo, lo siguiente:

1. Respetar los derechos sexuales y reproductivos
2. Considerar los factores físicos, capacidades especiales, biológicas, psicológicas, familiares y socioeconómicas.
3. Favorecer un ambiente respetuoso, cálido y de confianza, a través de lenguaje y actitudes empáticas, garantizando la privacidad y atención a la mujer en edad reproductiva y su pareja, con el fin de generar el espacio adecuado para realizar una consulta preconcepcional integral.
4. Promover y facilitar que la mujer pueda ser acompañada por su pareja o por otra persona de su confianza.

5. Informar a la mujer sobre la necesidad de realizar un examen físico completo y solicitar su autorización antes de iniciar.
6. Será decisión de la mujer embarazada la permanencia del acompañante durante la realización del examen físico.
7. Atender según lineamientos vigentes de Atención Integral al Adolescente, en caso de que se presente una adolescente a solicitar atención preconcepcional.
8. Brindar abordaje integral a la MEF de atención preconcepcional y riesgo reproductivo en los hospitales del SNIS.

B. Atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo

1. Atención preconcepcional

“La atención preconcepcional se define como el conjunto de atenciones que se brindan a las mujeres en edad reproductiva previo al embarazo para identificar riesgos potenciales que pueden llegar a desarrollarse durante la gestación; con el objetivo de lograr un estado de bienestar óptimo que favorezca el desarrollo de un futuro embarazo”.¹

El personal de salud de los establecimientos de todos los niveles atención del SNIS deben realizar las siguientes intervenciones:

- a) Búsqueda activa de las mujeres en edad fértil que deseen embarazo para la referencia oportuna a la atención preconcepcional entre 6 a 12 meses previos al deseo de embarazarse. (Anexo 1)
- b) Identificar el riesgo reproductivo de las mujeres con patologías y referencia oportuna a la consulta de alto riesgo reproductivo y la atención multidisciplinaria que amerite comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario para el abordaje integral e identificar el momento oportuno para embarazarse.

2. Consulta preconcepcional

Una vez identificado el deseo de embarazo en una mujer y su pareja, la atención inicia con una entrevista por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil), antes de la concepción, con el objetivo de detectar, intervenir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna.

Las instituciones integrantes del SNIS deben garantizar que el personal de salud de todos los niveles de atención, cumpla los siguientes objetivos:

- a) Identificar factores de riesgo, conductas y patologías que condicionan riesgo reproductivo para la mujer y riesgo perinatal.
- b) Realizar educación en salud a la mujer y su pareja de acuerdo al caso.
- c) Proporcionar la atención en el nivel que corresponda e intervenir los riesgos.

El personal de salud debe ofrecer la consulta preconcepcional en todo contacto con MEF, haciendo énfasis en los siguientes momentos:

- a) Consulta de anticoncepción en la mujer de 18 a 49 años de edad que desee embarazo.
- b) Reporte de prueba de embarazo negativa.
- c) Consulta por ITS/VIH.
- d) Consulta de especialidades o por enfermedades crónicas.

¹ Según la Ley Nacer con Cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido.

- e) Control post parto.
- f) Control post aborto.
- g) Consulta general.
- h) Consulta odontológica, nutrición, psicología y otros servicios de apoyo.
- i) Durante atención en unidades de emergencia.
- j) Durante la hospitalización.
- k) Mujeres en edad fértil sin método de planificación

3. Riesgo reproductivo (RR)

Es la probabilidad de que una mujer en edad fértil o su hijo/a sufra un evento adverso durante el embarazo, parto o puerperio. Este riesgo puede deberse a factores biológicos, sociales, familiares o comportamientos sexuales de riesgo, entre otros.

El personal de salud que brinde la atención e identifique mujeres con antecedentes o condiciones de riesgo, deberán referirse a la consulta de alto riesgo reproductivo (CARR).

C. Actividades a realizar en la consulta preconcepcional

1. Inscripción y atención subsecuente

Cuando el personal de salud brinda atención a una mujer en edad reproductiva con deseo de embarazo, debe realizar las siguientes intervenciones:

- a) Inscribir en atención preconcepcional
- b) Llenar completamente la hoja de inscripción de consulta preconcepcional, con el objetivo de identificar a las mujeres con o sin factores de riesgo: en caso que no se identifique riesgo, se continúa con el control preconcepcional, para llenado de la hoja de consulta de seguimiento (Ver anexo 2, 3 y 5).
- c) Verificar el cumplimiento de Esquema Nacional de Vacunación vigente.
- d) Consulta para reporte de exámenes en un periodo no mayor a 30 días.
- e) Controles subsecuentes cada 2 meses o según valoración médica, si desea embarazo (no hay un límite de controles).
- f) En el caso de atención hospitalaria subsecuente, podrá referirse a la unidad de salud más cercana, al determinarse que la mujer no tiene riesgo para un futuro embarazo.
- g) La duración de la consulta de inscripción preconcepcional debe ser 45 minutos y de 30 minutos la consulta de seguimiento.
- h) Al momento de la consulta se identifica algún factor riesgo o alto riesgo para la mujer o su hijo en caso de embarazo:
 - ✓ Si desea embarazo: brindar consejería sobre uso de métodos anticonceptivos según criterios médicos de elegibilidad establecidos en los Lineamientos técnicos

para la provisión de servicios de anticoncepción vigente, proporcionar el método optado por la paciente y referir a consulta de alto riesgo reproductivo (CARR), y dar seguimiento al cumplimiento de esta.

- ✓ En caso de no desear embarazo se debe brindar consejería, ofertar método de anticoncepción según criterios médicos de elegibilidad y programar cita de seguimiento en 6 meses a 1 año o según criterio médico.
- i) Cumplir el método anticonceptivo de su elección en el lugar de la atención, en caso de no contar referir al establecimiento de atención que le corresponda.

2. Proceso de atención en consulta preconcepcional

Las instituciones integrantes del SNIS deben ofertar la consulta preconcepcional en todos los niveles de atención, además el personal de salud durante la consulta general o de especialidades, debe realizar las siguientes actividades a todas las mujeres en edad reproductiva que deseen embarazo:

- a) Historia clínica: está incluida en la hoja de inscripción, debe ser completa, incluyendo datos generales, antecedentes personales, patológicos, familiares, antecedentes reproductivos, cirugías mayores previas, adicciones, riesgo social, uso de medicamentos, antecedentes de anomalías congénitas, antecedente de ITS, hábitos alimenticios, actividad física, riesgos ambientales, laborales, salud mental, violencia y vacunas (varicela, rubéola y VPH).
- b) Examen físico completo: toma de frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), presión arterial (PA), temperatura (T°) y medidas antropométricas (peso, talla, IMC), examen de cabeza y cuello, tórax, mamas, abdomen, genitales externos, genitales internos con colocación de espéculo (ver anexo 2), tamizaje cérvico vaginal con citología y VPH (si aplica), evaluación bimanual de útero y anexos, examen de las extremidades, piel y neurológico (estado de conciencia y orientación). Previo consentimiento de la mujer.
- c) Examen de la cavidad oral: Si se detectan o no factores de riesgo relacionados a la cavidad bucal, siempre debe referirse a la consulta odontológica, en donde se realizarán las atenciones según normativa vigente.
- d) Exámenes de laboratorio:
 - ✓ Hemograma completo.
 - ✓ Típo y Rh (si no está confirmado el dato).
 - ✓ RPR y VIH (tomarlo a ella y la pareja).
 - ✓ Glicemia en ayunas.
 - ✓ Examen general de orina.
 - ✓ Examen general de heces.
 - ✓ Prueba de Chagas.
 - ✓ Toxoplasmosis (según capacidad instalada).
 - ✓ Baciloscopia o prueba de biología molecular para tuberculosis (según criterios de la norma de control y prevención de la tuberculosis).
 - ✓ Clamidia, Gonorrea. (según capacidad instalada).
 - ✓ Hepatitis B y C (según capacidad instalada).
 - ✓ Creatinina sérica (según factores de riesgo).
 - ✓ Pruebas de gabinete.
 - ✓ Ultrasonografía pélvica (anatomía de útero y ovario) según hallazgos en el examen físico y criterio médico.

- ✓ VPH - citología convencional
 - ✓ Pruebas inmunológicas: anticoagulante lúpico y anticardiolipinas (Según capacidad instalada).
- e) Prescripción de micronutrientes:

Tabla 1. Prescripción de micronutrientes en consulta preconcepcional

| Indicación | Dosis de ácido fólico | Tiempo | Duración | Recomendado |
|---|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Riesgo alto | | | | |
| Antecedente personal o familiar (primer grado) de defecto del tubo neural | 5 mg | 3 meses previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | SOGC, ACOG |
| Riesgo moderado | | | | |
| Antecedente familiar o personal de anomalía congénita asociada a deficiencia de folatos que no sea defecto del tubo neural | 5 mg | 3 meses previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | SOGC |
| Historia familiar de defecto del tubo neural (segundo grado) | 5 mg | 3 meses previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | SOGC |
| Diabetes tipo 1 o 2 | 5 mg | 3 meses previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | SOGC |
| | 0.4 mg | Un mes previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | ADA, ACOG |
| Malabsorción gastrointestinal | 5 mg | 3 meses previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | SOGC |
| Condiciones médicas de riesgo (enfermedad hepática, diálisis, alcoholismo) Uso de anticonvulsivantes, medicamentos que interfieren en la absorción de folatos | 5 mg | 3 meses previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | SOGC |
| Riesgo bajo | | | | |
| Deseo de embarazo | 0.4 mg | Un mes previo a embarazo como mínimo | Hasta 12 semanas de gestación | ACOG, CDC |

Fuente: Tomado y adaptado de Nutrition in pregnancy: Dietary requirements and supplements, Up ToDate 2023.

- f) Ofrecer un método anticonceptivo, según elección informada y criterios médicos de elegibilidad.
- g) Realizar educación en salud:
- ✓ Sobre el mejor momento para la gestación o prevención del embarazo.
 - ✓ Intervención en los factores de riesgos modificables (costumbres y estilos de vida).
 - ✓ Educación en nutrición, salud bucal, automedicación, riesgos y complicaciones en la salud materna, fetal y neonatal.

- ✓ El cumplimiento a las citas con especialidades.
- ✓ Importancia de la vacunación indicada por su médico tratante.
- ✓ Apego a tratamiento en casos de enfermedades crónicas.

3. Intervenciones en la consulta preconcepcional según hallazgos en la evaluación inicial:

El personal de salud después de realizar la consulta preconcepcional y evidenciar algún riesgo debe tomar en cuenta los siguientes parámetros para continuar con la atención subsecuente:

3.1 Índice de masa corporal (IMC):

En mujeres de 18 a 49 años de edad: se deberá evaluar a través del índice de masa corporal calculado por la siguiente fórmula:

- a) $\text{Peso (en kg)} / \text{Talla (en m}^2\text{)}$

Una vez calculado el IMC con la gráfica se debe interpretar el estado nutricional de la siguiente manera:

| |
|--|
| Peso normal: IMC de 18.5 – 24.99 |
| Bajo peso (delgadez): IMC < 18.49 |
| Sobrepeso: IMC de 25 – 29.99 |
| Obesidad: IMC \geq 30 (Obesidad tipo I 30- 34.9kg/m ² , Obesidad tipo II 35 a 39.9kg/m ²) |
| Obesidad mórbida: IMC \geq 40 |

Si el IMC se encuentra fuera del rango de peso normal, referir a CARR y a nutrición.

3.2 Exámenes de laboratorio

a) Hemoglobina:

La anemia se clasifica según la OMS:

| Clasificación de la anemia | Valor de hemoglobina |
|----------------------------|----------------------|
| Leve | 11.0 a 11.9 g/dl |
| Moderada | 7.0 a 10.9 g/dl |
| Severa | < 7 g/dl |

Si la mujer es diagnosticada con anemia leve o moderada, el personal de salud debe:

- a) Indicar frotis de sangre periférica y ferritina sérica, según capacidad instalada.
- b) Prescribir sulfato ferroso 300 mg vía oral cada dos días, por al menos tres meses.
- c) Se debe referir a nutricionista e indicar hemograma control 6 semanas después de iniciado el tratamiento.
- d) En caso de anemia severa referir a segundo o tercer nivel para estudio.
- e) Orientar a las mujeres sobre cómo tomar suplementos de hierro por vía oral correctamente. Este debe ser con el estómago vacío, una hora antes de las comidas, idealmente con una fuente de vitamina C (ácido ascórbico), tal como jugo de naranja para maximizar la absorción. Otros medicamentos o antiácidos no deben tomarse a la misma hora.
- f) Si la anemia persiste a pesar de cumplir con el tratamiento o hay anomalías en el frotis de sangre periférica, referir a CARR y referir al hospital de segundo o tercer nivel para el diagnóstico y tratamiento adecuado.

El personal de salud debe tomar en cuenta que una mujer no debe estar anémica al momento de embarazarse ya que existe el riesgo de morbilidad materna e infantil.

b) Tipo y Rh:

- ✓ Si la mujer es Rh negativo, indicar tipo y Rh a la pareja.
- ✓ Si la mujer es Rh (-) y la pareja es Rh (+), referir a CARR para indicar COOMS indirecto o anticuerpos irregulares, según capacidad instalada.

c) VIH:

En caso de reportarse VIH positivo, debe referirse a la clínica de servicios integrales (TAR) y a la CARR.

d) Sífilis:

- ✓ A partir de reactivo débil (con diluciones $\leq 1:8$) debe considerarse positivo (sin esperar prueba confirmatoria) y requiere tratamiento con penicilina benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana en número de tres. Dar tratamiento a la pareja.
- ✓ Si existe alergia a penicilina, se recomienda doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7-10 días y dar tratamiento a la pareja.
- ✓ Brindar consejería sobre uso de condón para evitar reinfección, hasta que se considere curada.
- ✓ Se debe postergar la gestación, dar método de anticoncepción según criterio de elegibilidad e indicar nuevo RPR en seis meses, se considerará una adecuada respuesta al tratamiento si la dilución ha disminuido dos títulos (ejemplo: disminuir de 1:32 a 1:8). Referir a CARR.
- ✓ En caso que el RPR de seguimiento no presente disminución de la titulación, referir a CARR para pruebas confirmatorias, según Lineamientos vigentes (ver flujograma para sífilis).

f) Glicemia:

- ✓ Considerar anormal el resultado si la glicemia en ayunas es igual o mayor a 126 mg/dl, en estos casos, se hace diagnóstico de diabetes mellitus y se debe referir a nutrición, medicina interna y CARR.
- ✓ Si el resultado es entre 110 y 126 mg/dl, indicar curva de tolerancia a la glucosa y glucemia post prandial, si el resultado está alterado, referir a medicina interna y CARR

g) Examen general de orina:

- ✓ Orientar a la mujer sobre la técnica adecuada para la toma de muestra:
 - Aseo de genitales.
 - Primera orina del día, desechar la primera cantidad de orina, detener flujo de orina y tomar muestra.
 - Tiempo entre recolección y recepción de muestra en el laboratorio, no debe ser mayor a una hora.
- ✓ Si el examen está positivo a infección:
 - Esterasa leucocitaria positiva mayor o igual a 10,
 - Nitritos positivos (tiene una sensibilidad 93% y una especificidad 72%).
 - Leucocitos mayores a 12 x campo (tienen una sensibilidad 70% y una especificidad 80%),

Es importante detectar glucosuria y proteinuria, dar tratamiento e indicar urocultivo una semana posterior al tratamiento.

h) Examen general de heces: se administrará tratamiento, según resultados obtenidos.

i) IgM para Chagas:

En caso que la prueba serológica de Chagas sea positiva, referir a medicina interna y CARR en segundo nivel de atención (según la norma técnica para las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis) y dar seguimiento a la referencia.

j) Pruebas para la detección de tuberculosis:

Dar manejo según Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis vigente y referir a CARR.

3.3 Llenado de hoja de inscripción

El personal de salud del SNIS debe llenar la hoja de inscripción al captar a la MEF de 18 a 49 años con deseo de embarazo. (Anexo 2)

Criterio para control subsecuente de atención preconcepcional:

La permanencia de cónyuge/ compañero de vida, en el ámbito familiar y comunitario.

Duración de atención preconcepcional no debe sobrepasar 1 año, caso contrario considerar referencia a evaluación de infertilidad femenina o masculina.

D. Consulta de alto riesgo reproductivo (CARR)

1. La consulta de alto riesgo reproductivo (CARR), se establece con el fin de corregir o eliminar aquellos factores de riesgo, que puedan comprometer la vida de la mujer o su bebé al presentar un embarazo y así obtener las mejores condiciones, reduciendo la probabilidad puedan enfermar o morir.
2. El personal de salud de las instituciones del SNIS que brinde atenciones a mujeres en edad fértil (MEF), debe catalogar con alto riesgo reproductivo (ARR), cuando presente una o más enfermedades o condiciones que aumenten la probabilidad de sufrir morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general, este tipo de atención debe ser brindada por los siguientes profesionales:
 - ✓ Ginecólogo obstetra (según disponibilidad).
 - ✓ Médico de familia/ médico internista
 - ✓ Médico general capacitado.
3. Las mujeres deben ser captadas en la CARR por referencia de la consulta preconcepcional o por referencia directa de especialidades médicas según el área y establecimiento de salud que atienden pacientes con enfermedades crónicas y por demanda espontánea.

A continuación, se enumeran las principales condiciones que implican riesgo reproductivo y las acciones que se deben tomar según cada caso. Existirán condiciones que no están incluidas en este listado, en cuyo caso la valoración del profesional de salud deberá indicar las evaluaciones que cada mujer necesita previo al embarazo con la finalidad de reducir riesgos maternos perinatales.

Durante la consulta el profesional de salud debe informar a través de una consejería u orientación educativa a las mujeres que el embarazo debe de ser postergado, mientras se realizan las evaluaciones correspondientes, para lograr las condiciones que disminuyan el riesgo, por lo tanto deberá utilizar un método anticonceptivo seguro, de su elección, previamente informada y según lo establecido en los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción vigente para ofrecer métodos según criterios de elegibilidad de OMS.²

² Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos oms 2015, disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249592/9789243549255-spa.pdf?sequence=1>

Tabla 2. Condiciones de riesgo reproductivo

| Factor de riesgo/ Condiciones de riesgo | Complicaciones asociadas | Conducta a seguir |
|---|--|--|
| Enfermedades no transmisibles (ENT) | | |
| Diabetes mellitus | Anomalías congénitas, aborto, Preeclampsia, Macrosomía, Parto prematuro, Restricción de crecimiento fetal, Muerte fetal intrauterina. Recordar que los Hipoglicemiantes orales son teratogénicos | Recomendar NO embarazarse hasta que la HbA1C esté por debajo de 6.5% Previa referencia, el GO deberá indicar pruebas de función renal y electrocardiograma Referencia a internista/endocrinólogo/perinatólogo (idealmente), al lograr las condiciones adecuadas de HbA1C y desea embarazo se debe cambiar hipoglicemiantes orales por insulina, si se mantienen, utilizar metformina o gliburida y evaluación de fondo de ojo para descartar retinopatía Referencia a nutrición |
| Hipertensión arterial crónica | Preeclampsia sobreagregada, restricción de crecimiento fetal, parto prematuro. Efectos secundarios: . (IECA), causan malformaciones congénitas de las vías urinarias del feto, muerte fetal pos parto. . (Diuréticos) Inhiben la síntesis de prostaglandinas y producen constricción y cierre del ductus arterioso fetal. . Bloqueadores del receptor de angiotensina II, aumentan el riesgo de problemas renales, pulmonares, esqueléticos y muerte fetal | Recomendar no embarazarse hasta que los niveles de PA estén por debajo de 140/90 mmHg Dar referencia para evaluación por internista/cardiólogo/perinatólogo (según disponibilidad) al lograr cifras tensionales normales y desea embarazo se debe cambiar inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueantes de los receptores de angiotensina (ARB) por bloqueantes de canales de calcio, labetalol o metildopa y evaluación de fondo de ojo para descartar retinopatía -Previa referencia el GO deberá indicar: ✓ Pruebas de función renal ✓ Electrocardiograma ✓ Referencia a nutrición ✓ Fomentar estilos de vida saludable |
| Asma | Preeclampsia, parto prematuro, pequeño para edad gestacional, mortalidad perinatal incrementada Los broncodilatadores y corticosteroides inhalados llegan principalmente a los pulmones por lo que es menos probable que afecten al resto del organismo y al feto, es más seguro recibir tratamiento con medicamentos que tener síntomas o ataques de asma. | ✓ Recomendar no embarazarse, hasta que el asma esté bien controlada ✓ De ser necesario el uso de esteroides, broncodilatadores como salbutamol y esteroides inhalados, pueden usarse en el embarazo ✓ Radiografía de tórax ✓ Evaluación por internista/neumólogo/perinatólogo |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | | <p>o (idealmente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo según Lineamientos técnicos para el abordaje integral de enfermedades respiratorias crónicas, asma en personas mayores o iguales a 12 años y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| Enfermedad tiroidea | <p>1. Hipertiroidismo: Aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal intrauterina, preeclampsia, falla cardíaca, tormenta tiroidea</p> <p>2. Hipotiroidismo: Preeclampsia, bajo peso al nacer, coeficiente intelectual bajo y del desarrollo del bebé, infertilidad secundaria a la madre.</p> <p>3. Efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Yodo radioactivo no es una opción para la mujer embarazada por que puede dañar la glándula tiroidea del bebé. ✓ Metamizol y propiltiouracilo, producen defectos congénitos, hipotiroidismo al bebé. ✓ Levotiroxina , no se han detectado efectos adversos sobre el embarazo o la salud del bebé. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazo hasta que enfermedad esté controlada ✓ Indicar pruebas tiroideas ✓ Dar referencia para evaluación por internista/endocrinólogo/perinatólogo (idealmente) |
| Epilepsia | <p>Morbilidad neonatal incrementada, trastornos en el neurodesarrollo. Los anticonvulsivantes se asocian a malformaciones congénitas, defectos del nacimiento, paladar hendido, defectos del tubo neural, problemas del esqueleto, problemas cardíacos y de vías urinarias. Ácido valproico puede causar anomalías congénitas</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazarse, hasta que la epilepsia esté controlada, idealmente con mono terapia y a la menor dosis posible, suspender ácido valproico por anomalías congénitas, valorar uso de carbamazepina. ✓ Brindar consejería que cualquier medicamento anticonvulsivantes se puede asociar a ellas. ✓ No debe suspender medicamento anticonvulsivante. ✓ Dar referencia para evaluación por internista/neurólogo/perinatólogo (según disponibilidad) |
| Patología renal | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aborto. ✓ Parto pretermino, RCIU, abruptio. ✓ Preeclampsia. ✓ Prematurez. ✓ Óbito fetal. ✓ Muerte fetal intrauterina. ✓ Anemia. ✓ Aumenta la disfunción renal. ✓ Aumento de índice de tasa de cesáreas. ✓ Entre menos filtrado glomerular se asocia a mayor complicación perinatal. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazarse hasta que enfermedad esté controlada. ✓ Iniciar pruebas de función renal y USG renal. ✓ Dar referencia para evaluación por internista, nefrólogo y médico de familia para estadiaje y manejo multidisciplinario (según disponibilidad) |
| Enfermedad cardiovascular | <p>Mortalidad materna indirecta (un tercio de los casos), hijo con problemas</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazarse hasta que enfermedad esté |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| | cardiovasculares in útero, al nacer y hasta los 10-14 años de vida, muerte de embrión o el feto, afecta el desarrollo del sistema nervioso central durante la etapa de desarrollo embrionario. | controlada, en algunos casos según las clasificaciones de New York y OMS se debe aconsejar evitar el embarazo. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Previa evaluación del cardiólogo recomendar embarazo y suspender estatina antes de la concepción. ✓ Si toma warfarina, cambiar a heparina. ✓ Indicar Exámenes. ✓ Dar referencia para evaluación por internista/cardiólogo/perinatólogo (según disponibilidad). |
| Lupus eritematoso sistémico | Pequeño para edad gestacional, restricción del crecimiento fetal, preeclampsia, muerte fetal intrauterina, aborto y parto prematuro | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazarse y diferir embarazo hasta que la enfermedad haya estado estable por lo menos seis meses y función renal estable ✓ Indicar hemograma, pruebas de función renal y hepática ✓ Si desea embarazo suspender micofenolato ✓ Dar referencia para evaluación y exámenes según patologías asociadas ✓ Evaluación por internista/reumatólogo/perinatólogo (según disponibilidad). |
| Antecedente de anafilaxia | Pueden ser desencadenantes: hierro endovenoso, antibióticos, anestésicos, oxitocina, misoprostol, inmunoglobulina anti D | En caso haya presentado anafilaxia por estos agentes en embarazos previos, dar referencia para interconsulta con internista/alergólogo (según disponibilidad). |
| Enfermedad dental o bucal | Parto prematuro, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, preeclampsia | Dar referencia a odontología |
| Patologías oncológicas | Progresión de la enfermedad, no poder acceder al tratamiento indicado para la patología Morbimortalidad materna y perinatal | Recomendar no embarazarse, hasta lograr remisión de la enfermedad Uso de anticonceptivos |
| Enfermedades transmisibles | | |
| VIH | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transmisión vertical (25-40% intrauterino, 60-75% intraparto) ✓ Lactancia materna aumenta 15% riesgo de transmisión. ✓ Complicaciones mas frecuentes poscesárea son anemia y fiebre puerperal | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazarse ✓ Referencia a clínica TAR ✓ Evaluaciones conjunta con Infectología/ Perinatólogo (según disponibilidad). ✓ Cuantificar CD4 y carga viral |
| Sífilis | Aborto espontaneo Muerte fetal Muerte neonatal Afectación de vasos sanguíneos, vasos cardíacos, daño de válvulas cardíacas Daño a nivel de ojos, hígado y huesos. | Recomendar no embarazarse, hasta considerar a la mujer sana o curada. Brindar tratamiento según Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales vigentes. |
| Sika | Puede provocar abortos Mal formaciones congénitas Microcefalia | Recomendar no embarazarse, hasta considerar a la mujer sana o curada. Brindar tratamiento según |

| | | |
|--|--|---|
| | Síndrome de Guillain Barre Erupciones cutáneas Conjuntivitis no purulentas Artralgias Mialgias Cefalea y fiebre | Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con zika |
| Enfermedad de Chagas | Fiebre Mal estar general Chagoma Miocardiopatía dilatada Fibrosis cardíaca Deterioro progresivo de la función contráctil del corazón Muerte repentina Arritmias cardíacas IC Alteraciones neurológicas y digestivas. Transmisión vía vectorial, congénita, accidente de laboratorio, oral, transfusión y trasplante de órganos. | Recomendar no embarazarse Método de planificación Referir a medicina interna Manejo según medicina interna |
| Toxoplasmosis | Fiebre Inflamación de los ganglios linfáticos Cefalea Mialgias Enfermedad ocular Erupciones cutáneas Infección pulmonar Encefalitis que pueden provocar convulsiones, astenia, confusión, somnolencia y letargo. A través de la transmisión vertical en el bebé puede causar aborto, defectos congénitos, hidrocefalia, infecciones oculares graves, malformaciones cerebrales, hepatomegalia, esplenomegalia o ambas, ceguera, problemas motrices y mentales, problemas de audición, convulsiones, enfermedades cardíacas, retraso del crecimiento y pubertad precoz. | Recomendar no embarazarse Método de planificación Referir a medicina interna Dar tratamiento para toxoplasmosis según capacidad instalada. |
| Factores de riesgo generales | | |
| Edad paterna avanzada (>40 años) | Mutaciones de novo, aneuploidías | Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad |
| Edad materna avanzada (> 35 años) | Anomalías congénitas, aneuploidías | Asesoría de riesgo de embarazo basado en la edad |
| Consanguinidad | Enfermedades genéticas | Si grado de parentesco es entre los tres primeros grados, referir a asesoría genética/perinatólogo (según disponibilidad). |
| Ocupación: Trabajo mayor de 10 horas al día o permanecer de pie más de 6 horas al | Parto prematuro, bajo peso al nacer, oligohidramnios Defectos congénitos | Recomendar adoptar medidas de higiene ocupacional o cambio de actividad laboral de ser posible |

| | | |
|---|---|--|
| día Exposición a tóxicos/químicos (mercurio, plomo, productos de limpieza, plásticos, productos de belleza) | | |
| Factores de riesgo mentales | | |
| Enfermedades psiquiátricas | Bajo peso al nacer, Retardo en el crecimiento, parto pretérmino, defectos congénitos, mala alimentación y dificultad para respirar, hasta un mes después del nacimiento. En la madre, se asocia a malos resultados, incluyendo inasistencia al control prenatal, malnutrición, abuso de sustancias, mala relación madre-hijo. Las sales de litio y los inhibidores de serotonina tienen efectos teratogénicos | Recomendar no embarazarse, paciente debe estar eutímica al menos de 6 a 12 meses Referencia a psiquiatría y perinatólogo (según disponibilidad). |
| Antecedentes obstétricos/ginecológicos | | |
| Intervalo intergenésico corto (menor a 18 meses) o largo (mayor a 60 meses), post aborto menor a 6 meses | Bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, parto prematuro, preeclampsia, hemorragia post parto, ruptura uterina en cesárea previa, aborto y muerte fetal intrauterina | Recomendar no embarazarse. Aconseje periodos intergenésicos mayor de 18 meses y adecuados Uso de métodos anticonceptivos |
| Aborto previo/recurrente | Incrementa riesgo de nuevo aborto: un aborto previo OR de 1.54 (8-20%) dos abortos previos OR de 2.21(28%), tres abortos previos OR de 3.97 (43%) | Recomendar no embarazarse. Recomendar periodo intergenésico adecuado (mayor de 6 meses a un año) En aborto recurrente, referir a infertilidad para estudio Uso de anticonceptivos |
| Muerte intrauterina o neonatal previa | Riesgo de repetir el evento | Recomendar no embarazarse. Investigar colagenopatía (LES y SAAF) según capacidad instalada. Investigar diabetes Investigar sífilis (indicar RPR) |
| Anomalías congénitas mayores previas | Riesgo de repetir el evento | Recomendar no embarazarse. Referencia para asesoría genética según capacidad instalada. |
| Tabaquistas | Parto prematuro Incrementa riesgo de otro parto prematuro: con un parto prematuro previo(15-30%), con dos partos prematuros previos(42%) | Recomendar cesar fumado o riesgo de fumadora pasiva Intervalo intergenésico adecuado Inscripción prenatal temprana Referir a centro de prevención y tratamiento de adicciones (CPTA) |
| Restricción de crecimiento fetal | Riesgo que se repita | Mejorar estado nutricional en caso de bajo peso (IMC <18) Asesorar riesgo en extremos de edad materna Recomendar intervalo intergenésico adecuado Suspender tabaco, alcohol, drogas ilícitas Controlar enfermedades crónicas |

| | | |
|---|---|---|
| Preeclampsia previa | Riesgo que se repita Morbimortalidad materna y perinatal | Asesorar sobre los riesgos Uso de anticonceptivos Investigar comorbilidades asociadas. |
| Diabetes gestacional | Riesgo que se repita Morbimortalidad materna y perinatal Macrosomía fetal Distocia de hombros Polihidramnios Hemorragia posparto | Asesorar sobre los riesgos, enfatizar dieta y control de peso con IMC abajo de 30 kg/m ² Promover estilos de vida saludables Uso de anticonceptivos Referencia nutrición, internista y perinatologo (según disponibilidad). |
| Enfermedad gestacional del trofoblasto | Riesgo que se repita o que presente un coriocarcinoma. | Asesorar sobre los riesgos ante otro embarazo En caso de embarazo manejo en tercer nivel Uso de anticonceptivos |
| Cirugías previas del tracto reproductivo (miomectomía, resección de tabique, cerclaje cervical, cesárea previa) | Mayor riesgo de ruptura uterina, acretismo placentario, hemorragia obstétrica severa (en caso de cesárea previa, solamente con incisión vertical, clásica) | Asesorar sobre los riesgos Uso de anticonceptivos Recomendar periodo intergenesico mayor a 2 años |
| Antecedentes de patología cervical premaligna (crioterapia o termoabrasión previa, cono previo y lesión de alto grado no tratada) y cáncer de mama | Mayo riesgo de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estenosis cervical, ✓ Parto prematuro ✓ Incompetencia cervical ✓ Progreso de lesión | Recomendar no embarazo, asesora sobre los riesgos de embarazo, uso de métodos anticonceptivos, seguimiento de la patología en la UCP (según lo establecido en Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, vigentes) |
| Factores sociales | | |
| Violencia de género | Riesgo de morbimortalidad tanto para la madre como para el hijo/a. | Investigar violencia. Apoyarla y ayudarla a evaluar su situación actual. Explorar opciones. Ayudarle a identificar recursos locales de apoyo (familia, amigos, comunidad, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales). Recordar que existen recursos legales, si el caso lo amerita. Véase lineamiento: Lineamientos Técnicos para la atención de todas las formas de violencia Referencia a salud mental, trabajo social |
| Analfabetismo y bajos recursos económicos | Riesgo de morbimortalidad tanto para la madre como al hijo/a. Se asocian a desnutrición y anemia materna, restricción de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. | Informar y brindar consejería acorde a su nivel educativo. Orientar sobre la importancia de alimentación adecuada con los recursos que la usuaria posee. Dar consejería sobre la importancia de la inscripción prenatal precoz y consultas de seguimiento al embarazarse. Promover acompañamiento de pareja/familiar. |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>Prevenir la anemia. Remitir a círculos de alfabetización del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología Brindar educación sobre la importancia de la alimentación natural, variada y nutritiva. Prescribir hierro más ácido fólico y dar recomendaciones de administración. Brindar orientación sobre alimentos ricos en hierro Interconsulta con nutrición, trabajo social, psicología</p> |
| Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida | | |
| Obesidad IMC>30kg/m ² | <p>En la mujer: hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, trastornos tromboembólicos, aumento de la tasa de cesárea, infecciones. En feto: macrosomía fetal, parto distócico, prematuridad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar no embarazarse hasta tener IMC adecuado ✓ Referir a evaluación y control nutricional. ✓ Indicar una dieta balanceada, saludable, rica en folatos y carotenoides. ✓ Método anticonceptivo |
| Bajo peso IMC<18.5kg/m ² | <p>Prematuridad RCIU Anemia</p> | <p>Recomendar no embarazarse hasta tener IMC adecuado Referir a evaluación y control nutricional</p> |
| Trastornos alimentarios como anorexia, bulimia | <p>Altas tasas de aborto Bajo peso al nacer RCIU Anemia Malformaciones congénitas</p> | <p>Se debe de investigar ya que las pacientes tienden a ocultarlo. Se debe de posponer el embarazo hasta superar la condición. Referir a psiquiatría y nutrición Promover estilos de vida saludable</p> |
| Consumo de sustancias | | |
| Tabaco | <p>Produce: infertilidad, aborto espontáneo, RCIU, bajo peso al nacer, prematuridad, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, infecciones respiratorias del RN.</p> | <p>No se recomienda embarazo Referir a clínica de Rehabilitación y tratamiento de adicciones (CPTA) tabaquismo. Incentivar la eliminación a la adicción del tabaquismo pasivo o activo. Radiografía de tórax Dar referencia para evaluación por internista, Psiquiatría/neumólogo</p> |
| Alcohol | <p>No hay una cantidad segura de alcohol que se pueda tomar durante se esté tratando de quedar embarazada. (Centro para el control y la prevención de las enfermedades CDC) El consumo excesivo produce: síndrome alcohólico fetal, muerte intrauterina, restricción del crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta.</p> | <p>No se recomienda embarazo Referir a Clínica de Rehabilitación y Tratamiento de Adicciones (CPTA) Concientizar sobre los daños ocasionados por su consumo, apoyarse en la salud mental. Referir para evaluación según la condición clínica de la paciente. Evaluación por psiquiatría</p> |
| Drogas | <p>Cocaína: disrupción vascular expresada en anomalías del SNC, defectos por reducción de miembros y RCIU, síndrome de abstinencia en el recién nacido</p> | <p>No se recomienda embarazo Referir a Clínica de Rehabilitación y Tratamiento de Adicciones (CPTA), para elaborar un plan de tratamiento para el abandono de la adicción.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | Marihuana: igual al tabaco. | Indique posponer el embarazo. Referir para evaluación multidisciplinaria según la condición clínica de la mujer. Evaluación por psiquiatría |
| Café, té y bebidas carbonatadas | Alta ingesta durante el primer trimestre se asocia a aborto espontáneo y a restricción del crecimiento intrauterino. Una taza de 12 onz= 200mg de cafeína No excederse de una taza al día, por los riesgos que puede llevar al bebé | No se recomienda embarazo con el consumo excesivo de café o bebidas carbonatadas. Aconsejar evitar su consumo, apoyarse en la salud mental. Evaluación por nutrición, psicología |

Fuente: tomado y adaptado de:

- Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con zika 2016
- Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama
- Lineamientos técnicos para la atención de todas las formas de violencia
- Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales vigentes.
- Lineamientos técnicos para el abordaje integral de enfermedades respiratorias crónicas, asma en personas mayores o iguales a 12 años y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

2. Actividades en la consulta de alto riesgo reproductivo (CARR)

2.1 Generalidades para la atención

El personal del establecimiento de salud debe cumplir las siguientes actividades:

- a) Organizar la CARR en todos los establecimientos de salud por medio de un mecanismo de citas escalonadas, considerando el talento humano y la capacidad instalada.
- b) Identificar en los diferentes niveles de atención MEF para inscripción en CARR
- c) Recibir la referencia de la consulta preconcepcional de una MEF con patologías o condiciones de ARR y establecer una cita (idealmente en un periodo no mayor de 15 días).
- d) Atender las referencias internas del personal de salud del establecimiento que proporciona atención preconcepcional a MEF, que presenten enfermedades / condiciones de alto riesgo, procurando que sea vista ese mismo día, independientemente de la especialidad médica por la que haya sido evaluada o gestionar la cita correspondiente lo más pronto posible.
- e) En caso de las adolescentes con factores de riesgo, referidas a CARR, como lo establecido en los Lineamientos de atención integral a las adolescentes vigentes, se debe brindar dicha atención según los presentes lineamientos.
- f) La consulta según su complejidad puede ser proporcionada por médico ginecólogo, médico de familia o médico general capacitado, tomando en consideración las siguientes intervenciones:
 - ✓ En la consulta de inscripción la MEF idealmente debe acompañarse de su pareja, o una persona que ella estime conveniente, en caso de las adolescentes serán los padres de familia, representante legal o persona que ella desea.
 - ✓ Realizar anamnesis y examen físico completo, en caso de adolescente el examen ginecológico solo se realizará si tiene vida sexual activa y si ella lo desea, además de hacerse acompañar por familiar o persona que ella desee u otro personal de salud y en caso de negativa a ser acompañada dejarlo por escrito en el expediente.
 - ✓ Llenar la hoja de inscripción a CARR (ver anexo 5)
 - ✓ Definir junto a la mujer, la conducta a seguir, de acuerdo a su deseo reproductivo y del estado actual de su enfermedad o condición de riesgo.
 - ✓ Proporcionar consejería integral de acuerdo al caso y con énfasis en la enfermedad de la mujer, incluyendo las recomendaciones médicas para

- postergar, retrasar e incluso contraindicar el embarazo, hasta la estabilización de la enfermedad o condición de riesgo, identificado con el debido resguardo de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ✓ Interconsultar con las diferentes disciplinas o especialidades, según cada caso en particular, para la confirmación y seguimiento integral de la enfermedad o condición de alto riesgo reproductivo. Se debe mantener comunicación con el médico que atiende la condición de base en todo momento, a través de los instrumentos de retorno e interconsulta.
 - ✓ Detección de otros posibles factores de riesgo.
 - ✓ Indicar las pruebas complementarias de laboratorio o de gabinete para identificar el estado actual de la mujer.
 - ✓ En las adolescentes aconsejar a no embarazarse y si manifiesta tener vida sexual activa, ofertar los métodos de Anticoncepción según criterios de elegibilidad.
 - ✓ Ofrecer a la mujer tamizaje para cáncer de cervico uterino como es: prueba de VPH(30 a 49 años) y citología convencional de (20 a 49 años).
 - ✓ Si la mujer desea un embarazo, pero no cumple con una condición óptima en ese momento, se le orientará sobre los factores de riesgo y potenciales complicaciones para ella y su hijo, se le proporcionará consejería para que ella pueda elegir un método anticonceptivo, según criterios médicos de elegibilidad de OMS (Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción) dejando evidencia del método elegido y realizar la primera provisión de métodos de anticoncepción, luego continuar abastecimiento hasta controlar su condición de base.
 - ✓ Si la mujer en edad fértil, se encuentra no controlada de su patología o condición de riesgo que contraindique el embarazo, pero si insiste en no usar un método anticonceptivo y lograr el embarazo, se debe de reforzar la consejería refiriéndola para atención con psicología y educación para la salud según capacidad instalada.
 - ✓ Si no desea embarazo, puede optar por un método anticonceptivo, según criterios médicos de elegibilidad, si ella decidiera un método definitivo como la esterilización quirúrgica y brindar consejería y referir al hospital de la red para cirugía.
 - ✓ Retroalimentar apropiadamente al primer nivel de atención o a la especialidad interconsultante sobre los diagnósticos y el manejo que se está proporcionando a la paciente por medio del llenado completo y correcto de la hoja de retorno y respuesta a la interconsulta en caso de haberse producido, en el Sistema Integrado de Salud (SIS).
 - ✓ La duración de la consulta de inscripción de ARR debe ser 45 minutos y de 30 minutos la consulta de seguimiento, debiéndose considerar el tiempo para otras atenciones complementarias como de anticoncepción, toma de citología ó VPH.
 - ✓ El primer control se realizará en un periodo no mayor a 30 días para llenado de hoja subsecuente (anexo 6), reporte de exámenes, seguimiento del método anticonceptivo optado y verificar condición de la patología o factor de riesgo identificado. Los controles subsecuentes se deben realizar cada mes o según severidad o descompensación del factor de riesgo (no hay un límite de controles) hasta que la mujer termine su periodo reproductivo.

Para el proceso de atención en forma esquemática en los diferentes niveles, se deben consultar los flujogramas de atención, así como los listados de las enfermedades detallados más abajo, teniendo en cuenta que otras patologías no contempladas en el flujograma es probable que constituyan un alto riesgo reproductivo, de ser así deberá justificarse a criterio

médico por el obstetra, médico de familia o el médico general capacitado siendo especificadas y justificadas en el expediente clínico.

2.2 Orientación educativa y consejería

Según la necesidad de información actitudes y comportamiento el personal de salud y la situación de salud de la usuaria, el personal de salud debe brindar orientación educativa o consejería con el propósito de explorar conocimientos en las usuarias y su pareja describir implicaciones en probable embarazo por una condición adversa a la salud y tomar decisiones en conjunto

- a) Los profesionales de la salud, deben explicar clara y ampliamente a la mujer y a su familiar o pareja, la enfermedad o condición de alto RR y las recomendaciones médicas para postergar o contraindicar un embarazo, según sea su caso; solventando todas las dudas que existan y con el debido resguardo de sus derechos sexuales y reproductivos dejando constancia de esta consejería en el expediente clínico.
- b) Orientar a la mujer de la necesidad de atención multidisciplinaria, como referencia a consejería nutricional, psicológica u otras disciplinas de acuerdo al caso.
- c) Consensuar con el/la médico/a especialista, de la rama que corresponda, a través de los mecanismos de retorno o interconsulta establecidos, el momento idóneo para el embarazo, si ese es el deseo reproductivo.
- d) Proporcionar consulta de atención preconcepcional a toda mujer que desee embarazarse y cumpla las condiciones médicas idóneas. Para ello, incluye el cambio o suspensión de medicamentos de ser necesario. Iniciar o continuar ácido fólico.
- e) Considerar para la consejería el riesgo social, en mujeres que tienen condiciones especiales como: vinculación con grupos delictivos, ser parte del régimen de protección de testigos, o mujeres privadas de libertad, a estos casos es preferible ofrecer métodos anticonceptivos de larga duración.
- f) Se debe ofrecer un método permanente idealmente como esterilización quirúrgica masculina o femenina o un método de larga duración en los casos que no sea posible modificar el riesgo, según lo establecido en los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción.
- g) Se debe brindar consejería sobre tamizaje y transmisión VPH a mujeres con alto riesgo reproductivo y múltiples parejas sexuales.

2.3 Seguimiento comunitario de MEF con ARR

El seguimiento comunitario es responsabilidad del personal del primer nivel de atención, debe ser oportuno para las mujeres que retornan de los hospitales y unidades de salud, de acuerdo a las indicaciones claras y completas evidenciadas en la Hoja de referencia, retorno e interconsulta o en módulo de RRI del SIS, emitida por el médico que atendió; debe dejarse constancia de esta actividad en el expediente clínico en formato papel y digital, investigando las medidas acordadas en la CARR, para su cumplimiento en las Unidades de salud, este seguimiento debe realizarse considerando el riesgo reproductivo de cada mujer en particular.

Debe de contar con una base de datos en cada establecimiento de las pacientes inscritas y de seguimiento.

2.4 Patologías o condiciones que recibirán atención de CARR en primer nivel de atención por ginecólogo, médico general capacitado o médico de familia

| Patologías o condiciones | Diagnósticos de referencia |
|--------------------------|---|
| Cardiovascular | Hipertensión arterial compensada |
| Neurológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hiponatremia ✓ Estado epiléptico compensado ✓ Antecedente de evento cerebrovascular isquémico sin |

| | |
|----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ secuelas ✓ Antecedente de evento cerebrovascular hemorrágico sin secuelas ✓ Migraña |
| Neumológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asma compensada. ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| Nefrológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiencia renal crónica IIIA y IIIB ✓ Hiponatremia ✓ Hipernatremia ✓ Hipopotasemia ✓ Hiperpotasemia |
| Trastornos mentales | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastornos mentales graves como: psicosis (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), ✓ Trastornos de la personalidad, ✓ Adicciones, ✓ Depresión, ✓ Autismo, ✓ Trastornos obsesivos o anorexia. |
| Endocrinológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diabetes mellitus descompensada, sin daño a órgano blanco ✓ Hipotiroidismo descompensado ✓ Hipertiroidismo descompensado |
| Hematológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anemia ferrópenica |
| Infecioso | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedente de Enfermedad de Chagas sin cardiopatía. ✓ Sífilis primaria en tratamiento o antecedente. ✓ Enfermedad activa por Citomegalovirus ✓ Antecedente de toxoplasmosis. ✓ IVPH |
| Nutricional | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo peso del adulto IMC < 18.5 kg/m² ✓ IMC > o igual a 30 Kg/ m² corresponde a obesidad. |
| Musculoesquelético | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Malformaciones musculoesqueléticas limitantes de la movilidad. |
| Obstétrico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Multiparidad 4 o menor ✓ Tres cesáreas anteriores |
| Edad | <ul style="list-style-type: none"> ✓ De 35 a 49 años sin patología que amerite referencia a segundo y tercer nivel. |
| Adicciones | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo peso del adulto IMC < 18.5 kg/m² ✓ Alcoholismo ✓ Uso y abuso de sustancias ilícitas. |
| Discapacidad | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcoholismo ✓ Síndrome de Down. ✓ Persona con discapacidad intelectual leve y moderada. ✓ Personas con discapacidad física a la movilidad moderada severa. |

Fuente: Ministerio de Salud 2023.

2.5 Patologías que recibirán CARR en primer nivel de atención por médico/a especialista en ginecología y obstetricia

| Patologías | Diagnósticos de referencia |
|-----------------------|---|
| Cardiovascular | Insuficiencia cardíaca congestiva clase New York I. |
| Neurológico | Antecedentes de Síndrome de Guillain Barré |
| Obstétricos | Antecedentes de una o dos Cesáreas previas Antecedentes de dos o más abortos previos |

| | |
|-------------|---|
| Nefrológico | Insuficiencia renal crónica estadios I y II |
|-------------|---|

Fuente: Ministerio de Salud 2023.

2.6 Patologías que recibirán atención de CARR en hospital de segundo nivel por médico/a general capacitado médico/a de familia capacitado o por especialista en ginecología y obstetricia (médico/a general o de familia capacitado), asumen esta consulta siempre y cuando no haya posibilidad de que sea proporcionada por especialista en ginecología)

| Patologías | Diagnósticos de referencia |
|---|--|
| Cardiovascular | Insuficiencia cardíaca congestiva clase New York I. |
| Antecedente de infarto agudo al miocardio | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva New York II ✓ Cardiopatía chagásica ✓ Trastornos del ritmo y la conducción cardíaca |
| Neurológico | ✓ Antecedentes de estado confusional agudo |
| Neumológico | ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| Nefrológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiencia renal crónica IIIA y IIIB ✓ Hiponatremia ✓ Hipernatremia ✓ Hipopotasemia ✓ Hiperpotasemia |
| Trastornos mentales | ✓ Trastornos mentales graves como: psicosis (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), trastornos de la personalidad, adicciones, depresión, autismo, trastornos obsesivos o anorexia. |
| Endocrinológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diabetes mellitus descompensada, sin daño a órgano blanco ✓ Hipotiroidismo descompensado ✓ Hipertiroidismo descompensado |
| Gastrointestinales | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia del tubo digestivo superior ✓ Cirrosis hepática clasificación Child A y B |
| Reumatológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lupus eritematoso sistémico compensado ✓ Artritis reumatoidea |
| Oncológicos | ✓ Antecedente de patología maligna |
| Infecioso | <ul style="list-style-type: none"> ✓ VIH ✓ Sífilis secundaria ✓ Toxoplasmosis activa |
| Obstétricos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedente de isoimmunización Rh ✓ Antecedente de enfermedad gestacional del trofoblasto ✓ Malformaciones del sistema reproductor de la mujer ✓ Hijo previo con anomalías congénitas mayores |
| Dermatológico | ✓ Psoriasis |

Fuente: Ministerio de Salud 2023.

2.7 Listado de patologías que recibirán atención de CARR en hospital de tercer nivel y hospitales regionales con atención por especialista en ginecología y obstetricia

| Patologías | Diagnósticos de referencia |
|----------------|---|
| Cardiovascular | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva New York III y IV ✓ Hipertensión pulmonar ✓ Síndrome de Eisenmenger ✓ Síndrome de Marfán |

| | |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estenosis aórtica o disfunción ventricular severa ✓ Prótesis valvulares ✓ Cardiopatías congénitas cianóticas ✓ Antecedentes de cirugía cardíaca |
| Neurológico | Hemorragia subaracnoidea aneurismática |
| Endocrinológico | Diabetes mellitus con daño a órgano blanco |
| Nefrológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiencia renal crónica III ,IV y V ✓ Anomalías renales ✓ Pacientes que han recibido trasplante renal |
| Hematológicas | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Púrpura trombocitopénica trombótica ✓ Púrpura trombocitopénica idiopática ✓ Síndrome urémico hemolítico ✓ Leucemias ✓ Anemia de células falciformes |
| Gastrointestinales | Cirrosis hepática clasificación Child C. |
| Reumatológico | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lupus eritematoso sistémico descompensado ✓ Artritis reumatoidea descompensada |
| Oncológicos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedente de leucemia (control por 4 años después del evento) ✓ Cáncer actual |

Fuente: Ministerio de Salud 2023.

Hay patologías que no aparecen en este listado siendo necesaria la evaluación individualizada y la severidad de los casos para enviar al nivel y especialidad correspondiente.

E. Monitoreo, evaluación, asistencia técnica y supervisión

1. Ministerio de Salud

1.1 Unidad Maternoperinatal

Serán funciones de la UMP:

- a) Delegar un referente nacional para vigilar el cumplimiento de los presentes lineamientos trabajando en coordinación con la DNH, DNPNA y los diferentes referentes de las instituciones integrantes del SNIS.
- b) Brindar asistencia técnica en coordinación con DNH, DNPNA y con las instancias respectivas de los diferentes niveles de atención de las instituciones integrantes del SNIS.
- c) Será el responsable de generar las estrategias necesarias para socializar el presente lineamiento.
- d) Será el responsable con el epidemiólogo de la DIMPN de monitorear el cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos en coordinación con DNH, DNPNA y con los diferentes referentes de las instituciones que conforman el SNIS.
- e) Solicitar a los referentes del programa de las diferentes instituciones integrantes del SNIS un reporte trimestral de los indicadores respectivos al programa en cada una de sus instituciones.

- f) Evaluar con el epidemiólogo de la DIMPN las metas e indicadores definidos para la atención preconcepcional y la consulta de alto riesgo reproductivo para la sala situacional y acorde a la categorización de los establecimientos de salud de las instituciones que conforman el SNIS.
- g) Evaluación semestral a través de la consolidación de los reportes recibidos de los referentes de las instituciones que conforman el SNIS.

1.2 Dirección Nacional Hospitales

Serán funciones de la DNH:

Las direcciones de los hospitales deben garantizar que el comité de morbilidad materno fetal, neonatal, infantil y niñez hospitalario local realice lo siguiente:

- a) Evaluar mensualmente el cumplimiento de las metas e indicadores establecidas.
- b) Designar un delegado/referente en cada establecimiento de salud para la atención de las mujeres en consulta preconcepcional y ARR
- c) Socializar y vigilar el cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos al personal de salud hospitalario.
- d) Incorporar en su plan de trabajo la medición mensual de las consultas (inscripción y subsecuentes) preconcepcional y CARR.
- e) Enviar al referente materno perinatal de la DNH los primeros 10 días hábiles de cada mes la información de las atenciones brindadas.
- f) El referente de la DNH enviará consolidado de cada trimestre la información a la UMP.
- g) Participar en las evaluaciones semestrales coordinadas por la UMP

1.3 Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención:

Serán funciones de la DNPNA:

- a) Socializar los presentes lineamientos técnicos con el personal bajo su responsabilidad, en coordinación con la UMP
- b) Actualizar y evaluar la información mensual del cumplimiento de las metas e indicadores establecidos de inscripción y control subsecuente de preconcepcional y CARR en las POA de cada establecimiento bajo responsabilidad.
- c) Enviar primeros 10 días hábiles de cada mes el informe de atenciones brindadas preconcepcional y CARR al referente materno Unidad de Desarrollo del DNPNA.
- d) El referente de DNPNA enviará de cada trimestre la información al referente nacional UMP.
- e) La DNPNA debe participar en las jornadas semestrales de evaluación convocadas por UMP.

2. Instituciones integrantes del SNIS

Las instituciones del SNIS para garantizar el cumplimiento de los presentes lineamientos, deben nombrar un referente nacional quien tendrá las siguientes funciones:

- Monitoreo al interior de cada institución.
- Consolidar la información sobre las atenciones brindadas preconcepcional y CARR

- Enviar informe mensual sobre el cumplimiento de los presentes lineamientos a Unidad Maternoperinatal los primeros 10 días hábiles de cada mes.
- Participar en las evaluaciones semestrales convocadas por la UMP.
- Además de todas funciones descritas para la DNH y DNPNA, según la complejidad de cada establecimiento.

V. Glosario

1. **Abstinencia:** privación voluntaria de las relaciones sexuales.
2. **Afección tromboembólica:** enfermedad producida por el bloqueo de un vaso sanguíneo con un trombo que se ha desprendido de su lugar de formación.
3. **Alto Riesgos Reproductivo (ARR):** Riesgo reproductivo (RR): Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo/a sufra un evento adverso en el proceso en cuestión. Las usuarias que tienen antecedentes o condiciones de riesgo relacionadas con los embarazos anteriores deben ser derivadas a la atención de riesgo reproductivo preconcepcional (RRP). Las usuarias mayores de 35 años, así como las identificadas con patologías o condiciones no relacionadas con el embarazo deben ser derivadas a RRP.
4. **Amenorrea:** ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.
5. **Amenorrea por lactancia:** es la ausencia de la menstruación en el período posparto mientras la mujer está lactando.
6. **Consentimiento informado:** es la decisión voluntaria del aceptante para que le realice un procedimiento anticonceptivo. Con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.³ ____
7. **Derechos Sexuales y reproductivos:** reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
8. **Dismenorrea:** dolor pélvico durante la menstruación.
9. **Edad fértil o reproductiva:** etapa de la vida del hombre y de la mujer de (18 a 49 años) durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
10. **Espacio intergenésico:** período comprendido entre el último nacimiento (u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo no menor de tres años para la salud y supervivencia de madre e hijo o hija.
11. **Factor de riesgo:** característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.
12. **Neuropatía:** cualquier enfermedad de la fibra nerviosa, especialmente una enfermedad degenerativa de uno o de varios nervios.
13. **Nuligestas:** aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.
14. **Nulípara:** aquellas mujeres que aún no han parido o a dado a luz un feto.
15. **Post-cesárea:** período posterior a la realización de una cesárea.
16. **Riesgo reproductivo:** probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

³https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/acuerdos/acuerdo_186_formato_unico_consentimiento_informado.pdf

17. **Salud reproductiva:** es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.

VI. Siglas

- 1) **ARB.** Bloqueantes de los receptores de angiotensina.
- 2) **ACOG.** American Collage of Obstetrician and Gynecologist. Colegio Americano de obstetricia y Ginecología.
- 3) **ADA.** American Diabetes Association. Asociación Americana de Diabetes.
- 4) **CARR.** Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.
- 5) **CDC.** Centros para el control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica..
- 6) **IMC.** Índice de masa corporal.
- 7) **LES.** Lupus eritematoso sistémico.
- 8) **LIME.** Listado Institucional de Medicamentos Esenciales
- 9) **MFE.** Mujer en edad fértil.
- 10) **RR.** Riesgo reproductivo
- 11) **SAAF.** Síndrome antifosfolípidos.
- 12) **SNIS.** Sistema Nacional integrado de salud
- 13) **TAR.** Terapia antirretroviral.
- 14) **ARR:** Alto riesgo reproductivo
- 15) **ENT:** Enfermedad no transmisible
- 16) **ET:** Enfermedad transmisible
- 17) **FSP:** Frotis de sangre periférica
- 18) **CPTA:** Centro de prevención y tratamiento de adicciones

VII. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa existente.

b) Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

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

d) Derogatoria

Deróganse de los *Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres , Romano IV Contenido técnico , Tema 1. Atención Preconcepcional, Romano VIII. Anexos, los Anexo 1, 2,5,6 y 7, de fecha 28 de de enero de dos mil veintiuno.*

VIII. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,



Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

IX. Referencias bibliográficas

- 1- Ley nacer con cariño,. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley_nacer_con_carino.pdf
- 2- Organización, De La Salud M. RUEDA CON LOS CRITERIOS MÉDICOS [Internet]. Who.int. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249592/9789243549255-spa.pdf?sequence=1>
- 3- Consentimiento Informado. [citado el 19 de octubre de 2023]. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/acuerdos/acuerdo_186_formato_unico_consentimiento_informado.pdf
- 4- Committee on Gynecologic Practice American Society for Reproductive Medicine. Prepregnancy Counseling. [Internet] PUBMED. Junio 2019, Última revisión 2023, Volumen 133, e78 – e89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575679/>
- 5- Joyce A Sackey, MD, FACP, Deborah Blazey-Martin, MD, MPH. **The preconception office visit.** [Internet] UpToDate. Noviembre 2022, última revision Agosto 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/the-preconception-office-visit/print?search=preconcepci>
- 6- Protocolo de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio a la persona recién nacida y lactancia materna en situación de bajo riesgo en primer nivel de atención. San Salvador, El Salvador 2022. Disponible en: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/protocolos_asistencia.pdf
- 7- Nutrition in pregnancy: Dietary requirements and supplements, Up ToDate 2023. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/nutrition-in-pregnancy-dietary-requirements-and-supplements?source=Out%20of%20date%20-%20zh-Hans>
- 8- US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, et al. Folic acid supplementation to prevent neural tube defects: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. JAMA [Internet]. 2023 [citado el 18 de octubre de 2023];330(5):454. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2807739>
- 9- Wilson RD, O'Connor DL. Guideline No. 427: Folic Acid and Multivitamin Supplementation for Prevention of Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. J Obstet Gynaecol Can. 2022 Jun; 44 (6): 707-719. e1. doi: 10.1016/j.jogc.2022.04.004. Erratum in: J Obstet Gynaecol Can. 2022 Oct; 44 (10): 1114. PMID: 35691683. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35691683/>
- 10- Ministerio de salud. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con zika 2016. vigente
- 11- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. Vigentes.
- 12- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de todas las formas de violencia. vigentes.
- 13- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales. vigentes.
- 14- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para el abordaje integral de enfermedades respiratorias crónicas, asma en personas mayores o iguales a 12 años y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). vigentes.

- 15- Toxoplasmosis [Internet]. MayoClinic.org. 2023 [citado el 19 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/toxoplasmosis/symptoms-causes/syc-20356249>
- 16- Pregestacional (preexisting) diabetes: Preconception counseling, evaluation, and management. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregestacional-preexisting-diabetes-preconception-counseling-evaluation-and-management?search=diabetes%20y%20%20preconcepcoional>
- 17- Chronic hypertension in pregnancy: Prenatal and postpartum care. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-hypertension-in-pregnancy-prenatal-and-postpartum-care?search=hipertensi%C3%B3n%20cr%C3%B3nica%20y%20%20preconcepcoional&source=>
- 18- Múnera-Echeverri AG. Enfermedad cardíaca y embarazo. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2018 [citado el 20 de octubre de 2023];25:49–58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-enfermedad-cardiaca-embarazo-S0120563317302589>
- 19- ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. Obstet Gynecol. 2019 Jan;133(1):e78-e89. doi: 10.1097/AOG.0000000000003013. PMID: 30575679. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575679/>

X. Anexos

Anexo 1



Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez



MINISTERIO DE SALUD

Hoja filtro para captación de mujeres en edad fértil

| | | | |
|------------|-------|-------------|--|
| Nombre: | Edad: | Expediente: | UCSF/HOSP: |
| Dirección: | | | Lugar de aplicación: Comunidad UCSF HOSP |

| Preguntas: | Fecha de Evaluación: | 1ª visita/consulta | | 2da visita/consulta | | 3ra visita/consulta | | 4ta visita/consulta | |
|---|---|--------------------|----|---------------------|----|---------------------|----|---------------------|----|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Anticoncepción | ¿Está teniendo relaciones sexuales actualmente? | | | | | | | | |
| | ¿Actualmente usa algún método anticonceptivo o está esterilizada? | | | | | | | | |
| | ¿Qué método utiliza? (colóquelo en el espacio en blanco) | | | | | | | | |
| Captación precoz del embarazo | ¿Cuándo fue la Fecha de Última Regla (FUR)? si no recuerda puede dar un estimado. | | | | | | | | |
| | Solo Uso Interno no preguntas ¿La FUR es igual o mayor a 6 meses? | | | | | | | | |
| Tamizaje de cáncer | ¿Cuándo fue la última citología o toma de VPH? Si no recuerda puede dar una fecha estimada y colocar si fue citología o VPH. | | | | | | | | |
| | ¿Recibió el resultado de su última citología o VPH? | | | | | | | | |
| | ¿Le han realizado el examen de mama en estos últimos años? | | | | | | | | |
| Preconcepcional | ¿Desea embarazo? | | | | | | | | |
| | Si desea embarazo, ¿Esta en consulta preconcepcional y tomando ácido fólico? | | | | | | | | |
| Riesgo preconcepcional | Si no desea embarazo ¿Está usando un método anticonceptivo? | | | | | | | | |
| | ¿Padece de alguna enfermedad crónica? (Ej. Hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal, enfermedad metabólica, obesidad, otras) | | | | | | | | |
| | Otra: | | | | | | | | |
| Si su respuesta es sí, ¿está en control de la enfermedad? | | | | | | | | | |
| Si la respuesta es sí, ¿esta en. Consulta de riesgo reproductivo preconcepcional? | | | | | | | | | |

*Considerar usan No Aplica (NA) en algunas respuestas

Tabla de decisión de hoja filtro (reverso)

| Condición encontrada | | Acciones a Tomar |
|-------------------------------|---|---|
| Anticoncepción | Si hay vida sexual activa + no uso de anticoncepción +no desea embarazo | Dar información de anticoncepción + referir a UCSF para consejería. |
| | Si hay vida sexual activa + no uso de anticoncepción + si desea embarazo | Referir a UCSF para Consulta preconcepcional |
| | Si hay vida sexual activa + Si usa Anticoncepción | Brindar consejería para continuar uso de anticoncepción |
| Captación precoz del embarazo | Si hay Amenorrea (FUR) mayor o igual a 6 meses | Si es detectada en la comunidad realizar prueba rápida en orina de embarazo, si no está disponible referir a UCSF para pruebas de embarazo |
| | | Si es detectada en UCSF o en hospital, realizar prueba de embarazo |
| Tamizaje cáncer | Si el tamizaje de cáncer fue por citología y la fecha de toma tiene mas de dos años | Referir a UCSF para tomar la citología (si se detecta en la UCSF tomar la citología) |
| | Si el tamizaje de cáncer fue por VPH y la fecha de toma tiene más de 5 años | Referir a UCSF para tamizaje de cáncer cervical (si se detecta en UCSF realizar tamizaje de cáncer cervical) |
| | Si la mujer no conoce el resultado de la citología o prueba de VPH | Referir a UCSF para que le informen el resultado de la prueba |
| | Examen de mama NO realizado en el último año | Si se detecta en la comunidad referir a UCSF para realizar examen de mama, si se detecta en UCSF o en hospital realizar el examen de mama. |
| Preconcepcional | Si desea embarazo + No está en consulta preconcepcional | Referir a UCSF para consulta preconcepcional |
| | Si desea embarazo + Si está en consulta preconcepcional | Consejería para reforzar adherencia a la consulta y toma de ácido fólico |
| Riesgo preconcepcional | Si la mujer tiene una enfermedad crónica + No está en control por dicha enfermedad | Si se detecta en comunidad: referir a UCSF para manejo o referencia de acuerdo con el nivel de resolución. Si se detecta en UCSF dar para manejo o referencia de acuerdo con el nivel de resolución. Si se detecta en hospital referir a consulta externa o referencia de acuerdo con el nivel de resolución. |
| | Si la mujer tiene una enfermedad crónica (Controlada o no) + No está en consulta de riesgo reproductivo preconcepcional | Referir a UCSF o a Hospital de acuerdo con nivel de resolución |

Nota:

- Revisar la tabla de decisión después de haber finalizado el llenado de Hoja Filtro en cada una de las visitas realizadas.
- Recuerde que cada respuesta puede estar relacionada con la otra para tomar una decisión.



| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|-----------|----|-----------------------|--------|----|----|--|--|
| Abdomen | Observación: | | | | | | | | |
| | Auscultación: | | | | | | | | |
| | Palpación: | | | | | | | | |
| | Percusión: | | | | | | | | |
| Genitales externos | Observación | | | | | | | | |
| | Palpación | | | | | | | | |
| Genitales externos | Vagina (Observación) | | | | | | | | |
| | Cervix (Observación) | | | | | | | | |
| | Utero (tacto bimanual) | | | | | | | | |
| | Tamaño: | | | | | | | | |
| | Posición: | | | | | | | | |
| | Anexo: | Se palpa: | Si | No | Dolor: | Si | No | | |
| | Presencia de Masas | Si | No | Describir: _____ | | | | | |
| Extremidades superiores e inferiores | Normal | Si | No | Describir: _____ | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Topa de PAP | Normal | Si | No | Motivo de Toma: _____ | | | | | |

Factor de Riesgo reproductivo identificado: _____

Diagnostico: _____

Consejería: _____

| | | | | | |
|------------------------|----|----|------------------|----|----|
| Planificación Familiar | Si | No | Educación Sexual | Si | No |
|------------------------|----|----|------------------|----|----|

| | | | | | |
|-----------|--|--|-----|--|--|
| Violencia | | | VIH | | |
|-----------|--|--|-----|--|--|

| | | | | | |
|------|--|--|---------------------|--|--|
| Zika | | | Riesgo reproductivo | | |
|------|--|--|---------------------|--|--|

Se Refiere Paciente Si: ___ No: ___ Establecimiento de Salud: _____

Plan:

| Exámenes | Si | No | Medicamentos | Si | NO | Interconsulta | Si | No |
|-------------------------|----|----|-----------------------|----|----|------------------|----|----|
| Hemograma completo | | | Hierro + ácido fólico | | | Medicina interna | | |
| Glicemia en ayunas | | | Ácido fólico | | | Ginecología | | |
| Tipo y Rh (si no tiene) | | | Hierro | | | Odontología | | |
| Sifilis (y pareja) | | | Otro: | | | Nutrición | | |
| VIH (y pareja) | | | | | | Psicología | | |
| EGO | | | | | | Otros: | | |
| Chagas | | | Cual: _____ | | | Cual: _____ | | |
| Creatinina sérica | | | _____ | | | _____ | | |
| Baciloscopia | | | _____ | | | | | |
| USG pélvica | | | | | | | | |

Elegible para el embarazo actual? Si ___ No ___

Anticoncepción: Si ___ No ___ método: _____

Fecha de Próximo control: _____

Nombre y sello del Médico: _____

Anexo 3.



Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez



MINISTERIO DE SALUD

Hoja de Seguimiento de consulta preconcepcional

Establecimiento: _____ Fecha ___/___/___ Hora: ___ Expediente No: _____
 Nombre : _____ DUI: _____ Edad: _____
 FUR: _____ Formula Obstetrica: G: ___ P: ___ P: ___ A: ___ V: _____

Motivo de consulta: _____
 Presente enfermedad: _____

Examen físico:

TA: _____ FR: _____ T°: _____ Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC _____

Describe lo positivo _____

Reporte de exámenes

| | |
|-------------------------|--|
| Hemograma completo | |
| Glicemia en ayunas | |
| Tipo y Rh (si no tiene) | |
| Sífilis (y pareja) | |
| VIH (y pareja) | |
| EGO | |
| Chagas | |
| Creatinina Sérica | |
| Baciloscopia | |
| USG pélvica | |
| Otros | |

Diagnóstico: _____

Consejería

| | |
|------------------------|--|
| Planificación Familiar | |
| Violencia | |
| Zika | |
| Educación sexual | |
| VIH | |
| Riesgo reproductivo | |

Plan: _____

Elegible para el embarazo actual? Si ___ No ___

Fecha de próximo control: _____

Nombre y sello del médico: _____

Anexo 4



Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez



MINISTERIO DE SALUD

Hoja de inscripción de riesgo reproductivo

Establecimiento: _____ Fecha ___/___/___ Hora: ___ Expediente No: _____

Nombre: _____ DUI: _____ Edad: _____

FUR: _____ Fórmula Obstétrica: G: ___ P: ___ P: ___ A: ___ V: ___

Condición de patología de alto riesgo reproductivo.

| Antecedentes | Si | No | |
|--|----|----|--------------|
| Anticoncepción | | | Método: |
| Enfermedad crónica | | | Diagnóstico: |
| Tratamiento | | | Medicamento: |
| ¿Se encuentra estable en su patología? | | | |
| ¿Desea embarazo? | | | |

Historia clínica _____

TA: _____ FR: _____ Tº: _____ Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC _____

Examen físico completo: _____

Historia Gineco obstetra previa:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Último parto: | |
| Vía del parto: | |
| Complicaciones en partos previos: | |
| Última citología/VPH: | |
| Resultado: | |

Consejería

| | |
|------------------------|--|
| Planificación Familiar | |
| Violencia | |
| Zika | |
| Educación sexual | |
| VIH | |
| Riesgo reproductivo | |

| | |
|--|--|
| Metodo anticonceptivo seleccionado por la mujer: | |
| Criterio médico de elegibilidad: | |

| Interconsulta | Si | No | Motivo. |
|------------------|----|----|---------|
| Medicina interna | | | |
| Ginecología | | | |
| Odontología | | | |
| Nutrición | | | |
| Psicología | | | |
| Otros: | | | |
| Cual: | | | |

Diagnóstico: _____

| | |
|-----------------|-------|
| Plan de Manejo: | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| Próxima cita: | _____ |

Elegible para el embarazo actual? Si No

Fecha de próximo control: _____

Nombre y sello del médico: _____

Anexo 5



Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez



Hoja clínica subsecuente de riesgo reproductivo

Establecimiento: _____ Fecha ___/___/___ Hora: _____ Expediente No: _____
 Nombre : _____ DUI: _____ Edad: _____
 FUR: _____ Formula Obstetrica: G: ___ P: ___ P: ___ A: ___ V: _____

Condición de patología de alto riesgo reproductivo.

| Antecedentes | Si | No | |
|--|----|----|--------------|
| Anticoncepción | | | Método: |
| Enfermedad crónica | | | Diagnóstico: |
| Tratamiento | | | Medicamento: |
| ¿Se encuentra estable en su patología? | | | |
| ¿Desea embarazo? | | | |

Historia clínica _____

TA: _____ FR: _____ T°: _____ Peso: _____ Talla: _____ mtrs. IMC _____

Examen físico completo: _____

Reporte de exámenes

| | |
|---------------------------|--|
| Hemograma completo | |
| Glicemia en ayunas | |
| Tiempo y Rh (si no tiene) | |
| Sífilis (y pareja) | |
| VIH (y pareja) | |
| EGO | |
| Chagas | |
| Creatinina Sérica | |
| Baciloscopia | |
| USG pélvica | |
| Otros | |

Respuesta de interconsulta

| Especialidad | Indicaciones: |
|--------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |



| Consejería | | | |
|------------------------|----|----|--|
| | Si | No | |
| Planificación familiar | | | |
| Violencia | | | |
| Zika | | | |
| Educación sexual | | | |
| VIH | | | |
| Riesgo reproductivo | | | |

| | |
|---|--|
| Método anticonceptivo seleccionado por la mujer | |
| Criterio médico de elegibilidad | |

Diagnóstico: _____

| | |
|-----------------|--|
| Plan de manejo: | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Próxima cita: | |

Firma y sello: _____

Anexo 6

Atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo

