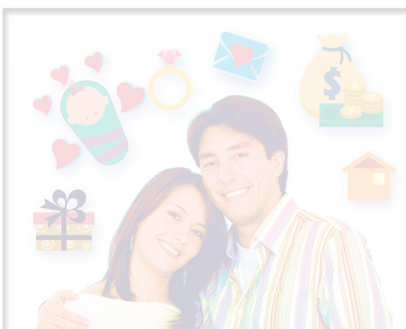




ATENCIÓN PREGESTACIONAL

Lineamiento Técnico



ATENCIÓN PREGESTACIONAL

Lineamiento Técnico

Atención Pregestacional

Lineamiento Técnico

Impreso y hecho en México por:

Primera Edición 2017

1,500 ejemplares

Derechos Reservados

© 2017 Secretaría de Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Homero Núm. 213, 7º piso
Col. Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
C. P. 11570, Ciudad de México.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

cnegsr.salud.gob.mx

Directorio

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. José Ramón Narro Robles

Secretaría de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. José Meljem Moctezuma

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Máximo Alberto Evia Ramírez

Órgano Interno de Control

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Enrique Carlos Eduardo Balp Díaz

Dirección General de Comunicación Social

Dr. Eduardo Pesqueira Villegas

Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. Eduardo Pesqueira Villegas

Dirección General

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

Dr. Rufino Luna Gordillo

Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Liliana Martínez Peñafiel

Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Dirección de Desarrollo Comunitario

Dr. Juan Ismael Islas Castañeda

Subdirección de Atención Materna

Lic. Edna Corona Sánchez

Subdirección de Redes Sociales

Dra. Erika Paola García Flores

Subdirección de Atención del Recién Nacido y Prevención de la Discapacidad

Dr. Gustavo A. Von Schmeling Gan

Subdirección de Monitoreo y Seguimiento

Jefatura de Prevención de la Discapacidad

Instituciones Participantes

Organización Panamericana de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto Mexicano del Seguro Social- PROSPERA
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Petróleos Mexicanos
Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
Dirección General de Información en Salud
Dirección General de Planeación y Desarrollo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
Instituto Nacional de Perinatología

Grupo Técnico:

Secretaría de Salud
Organización Panamericana de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. José Alberto Denicia Caleco
MASS Juan Ismael Islas Castañeda
MSPCE Ángel Delfino Gómez Lizárraga
MSPCE Lourdes Iveth Chávez Mondragón
Dra. Diana Fernanda Arzate Arenchavala
LEO Elsa Zavala Espíndola
Dra. Isabel Ayala Hernández
Dra. Irma Blas Rodríguez

Centro Nacional para Prevención y Control del VIH/SIDA

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Dra. Julieta Rojo Medina
Dra. Gloria Estrada García

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dr. Sebastián García Saiso

Dr. Fernando Andrés Rodríguez Farfán

Dr. Antonio de Jesús González Sánchez

Dirección General de Epidemiología

Dr. Cuitláhuac Ruíz Matus

Dra. María del Rocío Sánchez Díaz

Dra. Yura Andrea Montoya Núñez

Dirección General de Promoción de la Salud

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete

Dra. Ana María Sánchez Bautista

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas

Yahaira Carolina Solís Reboloso

Petróleos Mexicanos

Dr. Marco Antonio Navarrete Prida

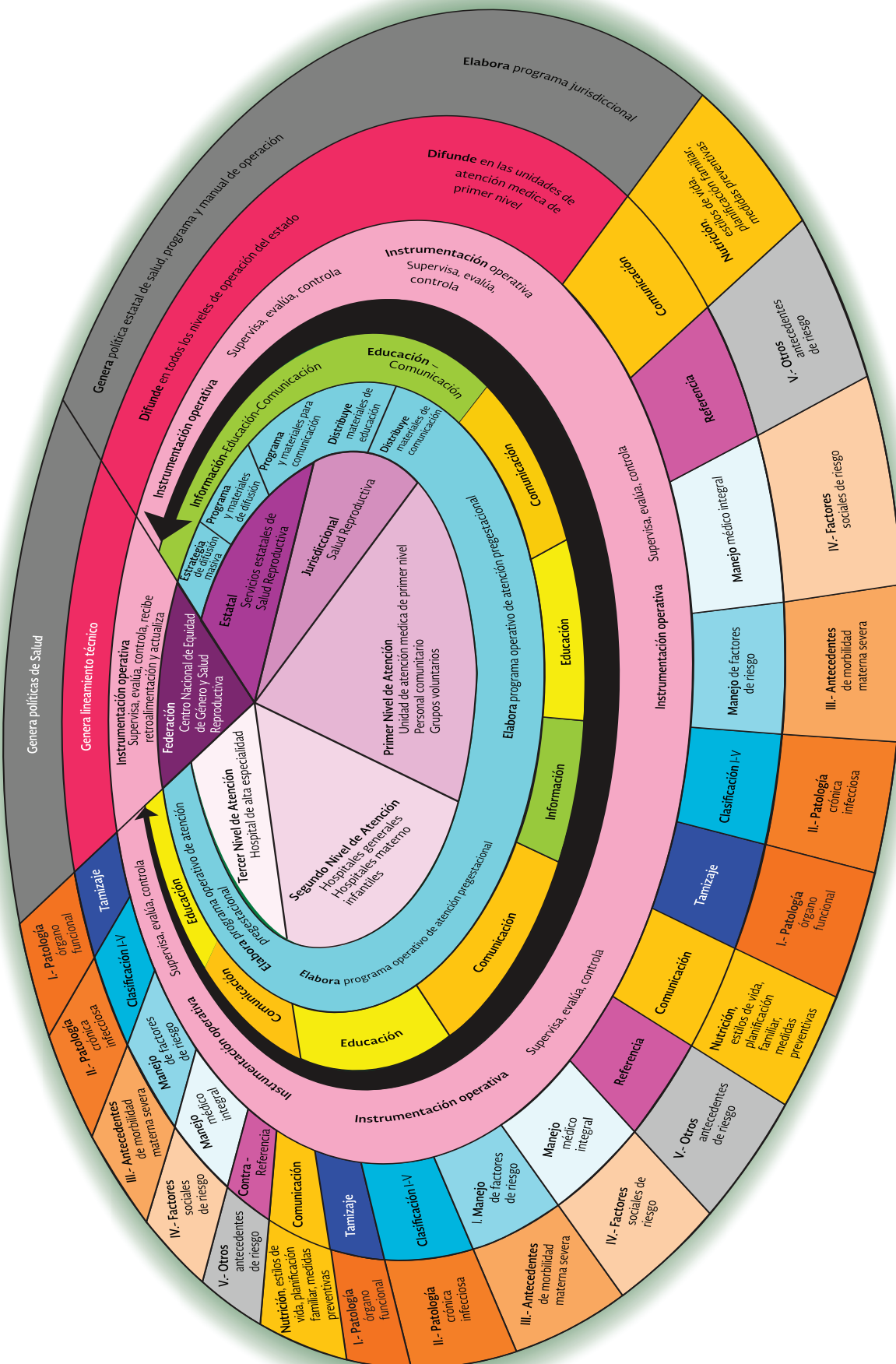
Dr. Armando Mejía Nava

Dra. Adriana Alejandra Huerta Espinosa

Diseño gráfico y editorial

Lic. Leticia Osorio

Lic. Martha Isabel Sánchez Hernández



Contenido

I.- Glosario	11
II.- Marco Jurídico	17
III.- Antecedentes	19
Panorama Epidemiológico Nacional de las Causas de Muerte Materna	20
Origen de la Atención Pregestacional	21
Factores Biomédicos	23
Infecciones de Transmisión Sexual	25
Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana	26
Otro tipo de Infecciones de Transmisión Sexual	27
ITS prevenibles por vacunación	28
Otros Factores Biomédicos y Sociales	29
Epigenética	31
IV.- Objetivos	33
V.- Definición y Concepto	34
VI.- Medidas de Intervención	35
1.- Información, Comunicación y Educación	35
Ejes básicos	37
Información	37
Educación	38
Comunicación	39
2.- Capacitación Institucional	40
Sensibilización	40
Capacitación Intermedia	40
Capacitación Operativa	41
3.- Instrumentación Operativa	41
3.1.- Primer Nivel de Atención	41
A. Tamizaje y clasificación	41
B. Control de factores de riesgo	42
C. Referencia	43
D. Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional	43

3.2.- Segundo Nivel de Atención	44
A. Tamizaje y clasificación	44
B. Referencia	45
C. Evaluación y atención integral	45
D. Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional	46
3.3.- Tercer Nivel de Atención	47
A. Tamizaje y clasificación	47
B. Evaluación y atención integral	48
C. Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional	48
VII.- Evaluación y Monitoreo	50
VIII.- Infraestructura	51
Bibliografía	53
Anexos	57
1.- Diagrama de Flujo	57
2.- Tamiz de Atención Pregestacional	58
3.- Fichas Técnicas de Indicadores	63
4.- Tablas de Riesgos y Recomendaciones de Intervención	
Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física	72
Condiciones patológicas preexistentes	75
Hábitos no saludables	81
Estado de Inmunización	82
Antecedentes Genéticos y Familiares	84
Infecciones de Transmisión Sexual	86
Otras Infecciones	87
Aspectos psicosociales	89
Medicación	90
Antecedentes reproductivos	91

I.- GLOSARIO

Para los fines de este lineamiento se entiende por:

Aborto: es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

Anemia: es la reducción de la concentración sanguínea de hemoglobina. La causa más frecuente de este trastorno es la deficiencia de hierro.

Atención pregestacional: provisión de intervenciones biomédicas, conductuales y de salud social a las mujeres y parejas antes de que ocurra la gestación, destinado a mejorar su estado de salud y comportamientos que reducen los factores individuales y ambientales que podrían contribuir a los malos resultados en la salud materna e infantil.

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

BIRMM: Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muerte Materna en México.

Calidad de la atención médica: otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia. Ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo, utilizando los medios posibles. Es el grado en que los servicios de la salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en salud y son consistentes con los conocimientos profesionales actualizados

Calidez en la atención: es el trato cordial y atento que se proporciona al usuario del servicio.

Certificado de nacimiento: es el formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido/a vivo/a y las circunstancias que acompañaron el hecho.

Cartilla Nacional de Salud: es el documento gratuito, único e individual, expedido por la autoridad sanitaria para su uso en toda la República Mexicana que se utiliza para el registro y

control de las acciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud. En donde se registran entre otras acciones en salud, los tipos y las dosis de vacunas aplicadas al titular; según los diferentes grupos de edad y etapas de la vida.

Cesárea: es la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la gestación, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

Cobertura Sanitaria Universal: se entiende que hay cobertura sanitaria universal cuando toda la población dispone de los servicios de salud que necesita sin que el pago de esos servicios le cause dificultades económicas. Deben estar cubiertos todos los servicios sanitarios esenciales, con una dispensación de calidad, incluidos: la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. La cobertura sanitaria universal debe abarcar intervenciones clave contra las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Comunicación educativa en salud: es el proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud, ponerse en contacto con las diferentes culturas, idiomas y costumbres del usuario de los servicios de salud, en un ámbito interpersonal que trasciende los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud.

Cuidado pregestacional: son las intervenciones que ayudan a identificar y modificar riesgos biomédicos, sociales y de comportamiento en la salud de la mujer y del hombre, permite la prevención y el manejo de éstos antes de la gestación.

Defectos al nacimiento: a cualquier anormalidad del desarrollo anatomofuncional, del crecimiento/maduración y metabólico, presente al nacimiento, notoria o latente, que interfiera la correcta adaptación del individuo al medio extrauterino en los aspectos biológicos, psíquicos y sociales, que sean capaces o no de ocasionar la muerte o la discapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones, en alguna etapa del ciclo vital.

Defunción, fallecimiento o muerte fetal: a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Desnutrición: es el estado en el que existe un balance insuficiente de uno o más nutrientes y que manifieste un cuadro clínico característico.

Determinantes sociales: es el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Diabetes: es la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la

producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La hiperglucemia sostenida con el tiempo se asocia a daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Diabetes gestacional: es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce durante el embarazo, al tipo de diabetes que se caracteriza por deficiencia total o casi total de insulina en la que existe destrucción de las células beta del páncreas, tal destrucción en un alto porcentaje es mediada por el sistema inmunitario, lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos: Anti GAD (anti glutamato decarboxilasa), anti insulina y contra la célula de los islotes, con fuerte asociación con los alelos específicos DQ-A y DQ-B del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA). También puede ser de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos antes mencionados da resultados negativos. Este padecimiento no tiene cura por el momento.

Diabetes tipo 2: es el tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

Diagnóstico de prediabetes: es la presencia de una o ambas de las alteraciones en la glucosa sanguínea mencionadas con anterioridad: glucosa anormal en ayuno e intolerancia a la glucosa. Estas alteraciones pueden presentarse en forma aislada o bien en forma combinada en una misma persona.

Eclampsia: es la presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas después de éste, en ausencia de otras causas de convulsiones.

Educación para la salud: es el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

Embarazo: es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” usualmente en el endometrio, y termina con el nacimiento.

Embarazo de alto riesgo: es en el cual se tiene la probabilidad o certeza de poder presentar alguna complicación en la salud de la madre, el feto o el recién nacido/a.

Enfermedades crónicas no transmisibles: son las enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo.

Enfermedades infecciosas: son las enfermedades infecciosas causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al hombre.

Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV): son los padecimientos en los que el agente causal o infeccioso requiere la participación de un artrópodo como hospedero o transmisor para completar su ciclo de vida y para mantener su población en hospederos vertebrados susceptibles. Se incluyen: paludismo, dengue, leishmaniosis, oncocercosis, tripanosomiasis, rickettsiosis, Fiebre del Oeste del Nilo, Fiebre Chikungunya, otras arbovirosis, erliquiosis, anaplasmosis.

Estilos de vida saludables: se define como los patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo, que pueden afectar la salud del individuo.

Epigenética: es la disciplina que se ocupa de investigar cómo los hijos pueden heredar y expresar lo que aparentan ser nuevos rasgos provenientes del comportamiento y entorno de sus padres sin cambios en el ADN subyacente. En otras palabras, las instrucciones provenientes del código hereditario son las mismas, pero algo las cancela sin que el componente genético se altere

Índice de Masa Corporal (IMC): es el criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): son aquellas cuyo mecanismo de transmisión es predominantemente por vía sexual, entendiéndose por contacto sexual a todo tipo de unión de mucosas entre personas de igual o diferente sexo, y pueden ser causadas por diversos agentes como bacterias, virus y parásitos. Algunas de ellas también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. Otras modalidades de transmisión de infecciones son la transfusión de productos sanguíneos y el trasplante de tejidos.

Representan un importante riesgo para la salud, particularmente en la población de entre 15 y 49 años de edad y se estima que cuando una persona padece alguna ITS, tiene diez veces más riesgo de tener otra infección de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños a nivel mundial.

“Además algunas ITS aumentan enormemente el riesgo de infección por el VIH. Las ITS provocan mala salud sexual y estigmatización y pueden desencadenar violencia de pareja. El control y la eliminación adecuados de las ITS conllevarán una reducción de las enfermedades y del sufrimiento humano”.

Infección de vías urinarias: presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón o próstata.

Infección por VIH: se define por la presencia de anticuerpos contra el VIH en personas mayores de 18 meses. La infección asintomática por el virus de inmunodeficiencia humana se clasifica por la CIE-10 con el código Z21.

Interculturalidad en salud: es el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Métodos Anticonceptivos: son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Morbilidad materna severa: complicación grave que ocurre durante la gestación, parto o puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Muerte materna: es la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Obesidad: enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un incremento en el índice de masa corporal igual o mayor de 30 kg/m². y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

Obstetricia: es la rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.

Oportunidad de la atención: es la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

Participación social: es el proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer un mejor Sistema Nacional de Salud.

Planificación familiar: es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Preeclampsia: síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y

activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.

Presión arterial: es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

Promoción de la salud: es la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Riesgo reproductivo: es la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Seguridad del paciente: atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

SIDA: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la manifestación del estado avanzado de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana. Las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana son clasificadas por la CIE-10 con los códigos B20-B24.

Talasemias: son enfermedades hereditarias de la sangre. Los pacientes con talasemia no producen suficiente hemoglobina, una sustancia presente en los glóbulos rojos que es la encargada de transportar el oxígeno a todo el organismo. Cuando los glóbulos rojos no poseen suficiente hemoglobina, los órganos no reciben el aporte de oxígeno necesario y dejan de funcionar adecuadamente. Hay dos tipos principales de talasemia (alfa y beta), según la cadena de hemoglobina cuya síntesis se encuentre alterada. Ambos tipos pueden adoptar formas leves o graves.

VIH: el Virus de la Inmunodeficiencia Humana es el retrovirus aislado y reconocido como el agente etiológico del SIDA. El VIH debilita el sistema inmunitario y, en última instancia causa el SIDA.

VHB: Virus de Hepatitis B, infección aguda, todo paciente con ictericia y fatiga extrema en quien se demuestre por serología IgM para el antígeno core de hepatitis B, antígeno de superficie (Ags) y antígeno e de la hepatitis B

VHC: Virus de la Hepatitis C

II.- MARCO JURÍDICO

- ▶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 - Artículo 4°
- ▶ Ley General de Población
 - Artículo 5°
- ▶ Reglamento de la Ley General de Población
 - Artículo 13°
 - Artículo 18°
 - Artículo 68°
 - Artículo 71
- ▶ Ley General de Salud
 - Artículo 1°
 - Artículo 2°
 - Artículo 3°
 - Artículo 67°
 - Artículo 72°
- ▶ Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes
 - Artículo 28°
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-005- SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar (Modificada). Publicada D.O.F. 21- 01-2004
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM- 007- SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH

- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2- 2009, Para la prevención tratamiento y control de las adicciones
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM -031- SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención de las infecciones de transmisión sexual
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención
- ▶ Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos
- ▶ Lineamientos 2016 para el personal operativo de la estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes, en el primer nivel de atención
- ▶ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia / eclampsia

III.- ANTECEDENTES

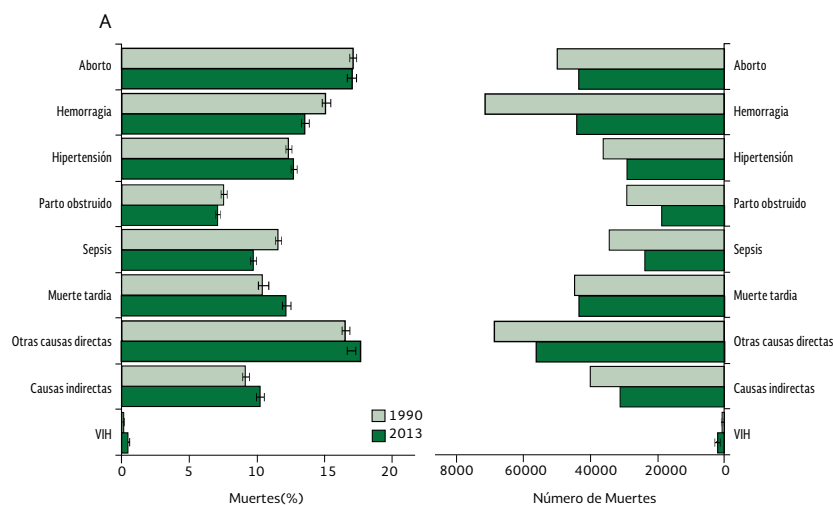
Panorama Epidemiológico Mundial de las Causas de Muerte Materna

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las complicaciones que aparecen durante la gestación, parto o puerperio; son prevenibles o tratables y otras; pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. ⁽¹⁾

La hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y sepsis, son responsables de más de la mitad de las muertes maternas en todo el mundo. Y más de una cuarta parte de las defunciones son debidas a causas indirectas. ⁽²⁾ En los países en desarrollo se observa que los trastornos de hemorragia e hipertensión son los principales contribuyentes a las muertes maternas. ^(3, 4)

En un estudio realizado del periodo de 1990 al 2013 en el cual se analizaron las causas de muerte materna a nivel mundial ⁽⁵⁾ se observó que, a excepción de las muertes maternas tardías y muertes relacionadas con el VIH, el número absoluto de muertes debido a todas las causas se redujo significativamente como se observa en el Gráfico 1. La mayor reducción absoluta fue en las muertes por hemorragia materna y la proporción de muertes maternas debidas a causas indirectas, aumentó.

Gráfico 1. Porcentaje y número total de muertes maternas debido a diferentes causas. Mundial, 1990-2013.



Fuente: modificado de Nicholas J Kassebaum. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014 Sep 13; 384(9947): 980–1004.

Así mismo, aproximadamente un 1,6% (4,700) de las muertes maternas mundiales, son muertes maternas indirectas relacionadas con el SIDA. En el África subsahariana la cifra estimada asciende al 2,0%, lo cual significa que la Razón de Muerte Materna indirecta relacionada con el SIDA es de 11 muertes por 100 000 nacidos vivos. ⁽⁶⁾

Es fundamental contar con información de calidad en relación a las causas de las muertes maternas para plantear nuevas políticas de salud pública que se adapten a las necesidades actuales y de esta manera mejorar la salud materna.

Panorama Epidemiológico Nacional de las Causas de Muerte Materna

La transición epidemiológica ha tenido implicaciones en la salud materna. Más mujeres de las que se creía anteriormente, están falleciendo en México por causas indirectas de mortalidad materna (como la diabetes tipo 2 y la hipertensión), condiciones que a menudo complican el embarazo.

En un estudio realizado por Lozano y colaboradores ⁽⁷⁾, en el cual identificaron y reclasificaron 1,214 defunciones como muertes maternas mediante la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM), identificaron que las muertes obstétricas directas se redujeron, mientras que las muertes derivadas de causas obstétricas indirectas, se mantuvieron sin cambios en un periodo de estudio de ocho años.

Este estudio, destaca la necesidad de rediseñar los servicios de salud materna, neonatal e infantil para superar nuevos retos, como la amenaza emergente de las enfermedades no transmisibles para la salud materna.

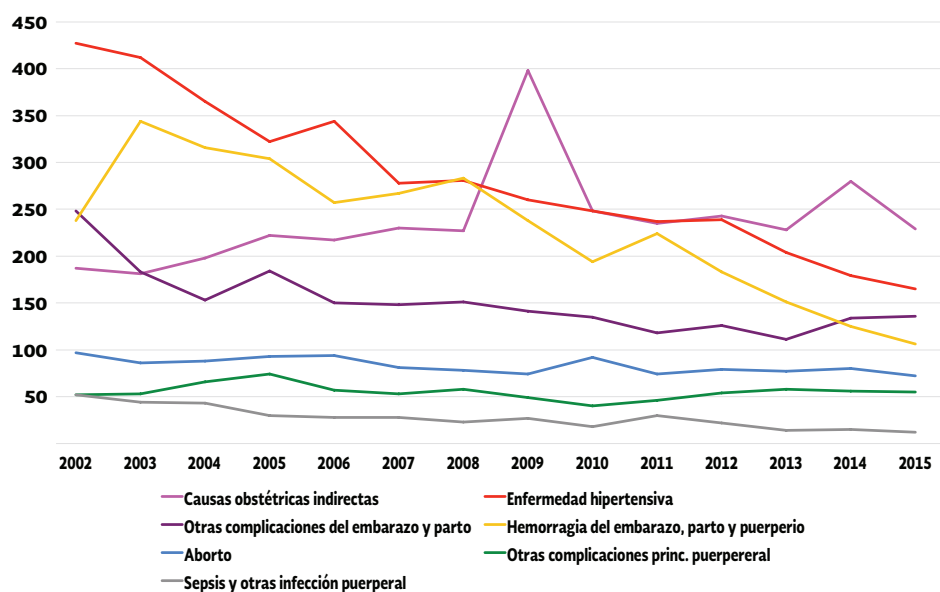
Los hallazgos son similares a otros estudios realizados sobre las causas de mortalidad durante el embarazo y que sustentan la “transición obstétrica”, un término acuñado recientemente para describir el cambio en las causas de las muertes maternas de directas a indirectas. ⁽⁸⁾

De acuerdo con la información compartida por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en el Gráfico 2, se presentan las causas de muerte materna del periodo de 2002 al 2015. Se observa que la enfermedad hipertensiva y la hemorragia del embarazo, parto y puerperio, representaban las principales causas de muerte materna en nuestro país hasta el 2009, año en el que se observa un incremento importante de defunciones por causas obstétricas indirectas debido principalmente a la epidemia de influenza.⁽⁹⁾ A partir del 2012, la enfermedad hipertensiva y la hemorragia del embarazo, parto y puerperio presentan una tendencia mantenida a la baja, mientras que las causas obstétricas indirectas son las principales causas de muerte para el 2015.

Sin embargo, desde el año 2002, la Secretaría de Salud lleva a cabo la BIRMM en todo el país, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la información sobre la mortalidad materna, cuya subestimación se debe principalmente al subregistro y a la mala clasificación principalmente de causas indirectas, motivo por el cual esta información es sujeta a vigilancia y a correcciones periódicas.⁽¹⁰⁾

Cabe mencionar, que el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas en nuestro país, predispone a las mujeres en edad reproductiva a un mayor riesgo materno y perinatal. ⁽¹¹⁾

Gráfico 2. Principales causas de muerte materna en México, 2011-2015.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna *2011-2014 Cierre Final DGIS/INEGI-**2015 Información preliminar Dirección General de Epidemiología.

En este contexto es evidente que, en el ámbito de la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, se requiere de la atención pregestacional como complemento indispensable para prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible.

Los programas eficaces de atención pregestacional, solo se pueden lograr mediante el desarrollo de estrategias que reflejen las dimensiones globales, regionales, nacionales y locales, incluidas las cuestiones éticas, legales y sociales. Dichos programas deben estar basados en la evidencia de la etiología de las defunciones maternas, para abogar por los recursos y asegurar la sostenibilidad del mismo. ⁽¹²⁾

Origen de la Atención Pregestacional

En la actualidad pocos países a nivel mundial poseen un modelo que brinde atención pregestacional a la población. En este contexto, México es pionero en incluir la atención pregestacional como parte de la atención médica destinada a mejorar la salud materna y perinatal.

Los cuidados maternos han evolucionado en las últimas décadas, con las nuevas tecnologías y el mejor entendimiento de la fisiología del embarazo. Sin embargo, los cuidados prenatales tempranos, por si solos no son suficientes para optimizar los resultados materno-fetales. Los principios y contenidos de los cuidados pregestacionales fueron recopilados hace aproximadamente una década por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), cuando lanzaron su campaña para “asegurar que todas las mujeres en edad reproductiva, recibieran cuidados pregestacionales para obtener el estado de salud óptimo antes de iniciar un embarazo.”⁽¹³⁾

El Grupo de Expertos del Servicio Nacional de Salud de los E.E.U.U. sobre Cuidados Prenatales recomendó en el año 2000, que el cuidado pregestacional esté incluido en los cuidados prenatales a toda mujer en edad fértil y a su pareja como parte de la Atención Primaria.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, existen antecedentes del abordaje de un modelo de atención pregestacional en este país desde 1980.

Posteriormente, en junio del 2005, fue reunido un grupo de expertos en atención pregestacional de diferentes áreas con el objetivo de desarrollar estrategias para la implementación de recomendaciones por el CDC sobre la salud antes de la concepción.⁽¹⁵⁾ Después de la tercera Cumbre Nacional sobre Salud Pregestacional y Cuidado de la Salud sucedida en junio de 2011, se decidió actualizar estas recomendaciones desarrollando el Plan de Acción para la Iniciativa Nacional sobre Salud Pregestacional y Cuidado de la Salud 2012-2014.⁽¹⁶⁾

Finalmente, luego de una reunión mundial consensual acerca de la atención pregestacional celebrada en Ginebra en el 2012, se llevó a cabo una segunda reunión regional en Asia Sudoriental en la que se concluyó que la atención pregestacional es parte de una estrategia global para la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y de los adolescentes. Sin embargo, el enfoque de cada país, dependerá de su situación sociodemográfica y epidemiológica.⁽¹²⁾

La co-morbilidad que acompaña a los embarazos actualmente, ubica a las causas indirectas como la primera causa de mortalidad materna en México. La prematuridad y la mortalidad perinatal son la primera causa de mortalidad infantil. La prevención de embarazos no planeados es la vacuna para modificar estos indicadores, la reproducción humana con una visión preventiva, de largo plazo, puede acelerar la reducción de carga de enfermedad en materia de atención materna y perinatal y lograr generaciones con mejores condiciones de salud y calidad de vida.

La salud reproductiva es un derecho humano esencial y la planeación y atención de la reproducción humana, tiene un papel fundamental en la generación de capital social y en la evolución de sociedades hacia condiciones de mayor equidad, justicia social y desarrollo humano. Los avances recientes en la ciencia y la tecnología médica, facilitan procesos para atender personas y mujeres en edad reproductiva con anticipación y calidad.

Los sistemas de salud, deben impulsar políticas públicas que permitan planear con todo cuidado embarazos que propicien condiciones óptimas de salud en las parejas. Esto además de reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad, facilita la expresión del potencial genético, biológico y social de las nuevas generaciones de seres humanos.

La cultura de atención médica pregestacional debe ejercerse como un derecho, una cultura y una prioridad social. Es un momento oportuno para impulsar y acelerar la implementación de este concepto en el sistema de salud, considerando que las muertes maternas, perinatales, malformaciones congénitas, la prematuridad y los embarazos no planeados generan una gran carga de enfermedad, además de costo social y se pueden prevenir con medidas de alto impacto y bajo costo aplicadas en ambos integrantes de la pareja: revisión del historial clínico, orientación consejería en planificación familiar, administración de ácido fólico, vacuna con toxoides, pruebas de laboratorio sencillas y accesibles como las pruebas rápidas para detección de sífilis o infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tamiz para Diabetes Mellitus (DM) e hipertensión arterial y corrección de morbilidad que potencialmente puede complicar un embarazo.

Factores Biomédicos

Fomentar la salud antes de la gestación tiene como objetivo principal identificar y reducir los riesgos de comportamiento, sociales y biomédicos, mediante la prevención con énfasis en aquellos factores que pueden ser tratados antes de la concepción y como un proceso para la planificación de un embarazo. El propósito es atenuar las condiciones tanto del daño como del riesgo para aplicar la visión de la prevención sobre el proceso de planificación de la gestación. ⁽¹³⁾

La noción de la atención previa al embarazo pretende orientar los riesgos existentes antes del mismo, por lo que los recursos se pueden utilizar para mejorar la salud reproductiva de las mujeres, los hombres y las parejas con el fin de optimizar la salud y el conocimiento antes de concebir un embarazo.

La atención pregestacional requiere que las mujeres en edad fértil, la población en general y el personal de salud, reconozcan la necesidad de preparación para el embarazo y por lo tanto sea planeado. Las políticas y lineamientos que han probado su utilidad desde 2008, de acuerdo a varias publicaciones revisadas, fue la recomendación que se integrara a los cuidados rutinarios de la mujer con capacidad de embarazarse, los cuidados pregestacionales. ⁽¹³⁾

El CDC define los cuidados pregestacionales como el paquete de intervenciones que permiten identificar y modificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales de la salud de la mujer y prevención y manejo de los resultados perinatales, el objetivo de dichas acciones es asegurar que la mujer, se encuentre en óptimas condiciones antes del inicio de la gestación y promover su salud y la salud de su futuro niño. Los cuidados pregestacionales se integran en los cuidados primarios de la mujer en la vida reproductiva, no es una simple consulta, en realidad se deben incorporar en cada decisión médica de tratamiento a este grupo de mujeres. ⁽¹⁷⁾

La obtención de un estado de nutrición saludable antes y durante el embarazo, es uno de los aspectos más importantes que se persiguen con la atención continuada de la mujer en edad reproductiva, la mala nutrición en la mujer contribuye hasta el 20% en los casos de muerte materna y es un factor significativo para el riesgo de mortinatos, recién nacidos de bajo peso, y productos pequeños para la edad gestacional. Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso también

han sido ligados a dos de las más importantes causas de mortalidad materna, trastornos hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional, así como a un amplio espectro de malos resultados perinatales, como riesgos de infección obstétrica puerperal, complicaciones en la lactancia y en los procedimientos anestésicos, entre otros. Finalmente, la ingesta adecuada de micronutrientes es fundamental en la etapa pregestacional y durante el embarazo, la inclusión de ácido fólico está asociada a la reducción de defectos del tubo neural; la ausencia de ingesta de hierro, se ha ligado a que casi el 40% de las mujeres gestantes cursen con anemia durante el embarazo; la pobre ingesta de zinc y vitamina B, se ha asociado con reducción del crecimiento fetal temprano; es importante que se tome en consideración la intervención en mujeres con mala nutrición y bajo peso así como en las que sufren de obesidad y sobrepeso, poniendo énfasis en la obtención del mejor peso posible y la suplementación con micronutrientes desde la etapa pregestacional. (18)

Utilizar el enfoque de ciclo de vida para proporcionar un continuo de atención, asegura que lo obtenido en la infancia, no se pierda en los principios de la adolescencia y que los y las adolescentes se preparen para su transición para convertirse en adultos y potencialmente en padres. Muchas de las adolescentes niñas y mujeres jóvenes se enfrentan a desafíos tales como violencia interpersonal, las relaciones sexuales bajo coacción, infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente infección por VIH, la desnutrición o la obesidad y sus consecuencias para la salud que las convierte en altamente vulnerables. La planificación reproductiva es componente fundamental de la atención pregestacional, con lo que se puede reducir las tasas de embarazo en adolescentes, permite promover el espaciamiento entre embarazos, tener la oportunidad de asegurar el estado de salud óptimo, otorgar los cuidados de salud y favorecer la vacunación contra enfermedades prevenibles mediante esta acción. (19, 20)

Hay evidencias que dejar de fumar y reducir o eliminar el consumo excesivo de alcohol antes y durante el embarazo, así como la suplementación con ácido fólico antes de la concepción puede contribuir significativamente a la salud de la madre y de su recién nacido. Otras intervenciones previas a la concepción aún continúan en investigación; incluyendo la suplementación con vitamina D, zinc, magnesio y tratamiento antibiótico profiláctico para la vaginosis bacteriana y otras infecciones del tracto genital y urinario. (21, 22)

A pesar de la mejora del acceso y la calidad de la atención prenatal, las mujeres con diabetes pregestacional y sus fetos tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves en comparación con las mujeres embarazadas no diabéticas, incluyendo aborto espontáneo, parto prematuro, trastornos hipertensivos y nacimiento por cesárea. La mortalidad perinatal en madres con DM tipo 1 y 2, es cuatro veces mayor y el riesgo de malformaciones congénitas en los bebés de las mujeres con diabetes es casi tres veces mayor. Muchas de las complicaciones de la DM durante el embarazo se pueden prevenir mediante la optimización de la salud materna en el periodo pregestacional. El control glucémico es uno de los aspectos más importantes de la atención previa. Además, existen problemas crecientes como la obesidad y otros problemas de salud crónicos con sus riesgos maternos y fetales concomitantes. (22)

Dado que la reducción de las tasas de la mortalidad y morbilidad materna e infantil son motivo de preocupación extrema y urgente en el mundo y más específicamente en ciertas regiones la atención pregestacional puede hacer frente a este tipo de poblaciones con los paquetes apropiados de atención. Para lograr esa significativa reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, la atención a la mujer en edad reproductiva, debe ampliarse para incluir la atención pregestacional, así como tener en cuenta a las adolescentes, las mujeres de edad fértil, y especialmente las mujeres que cursan con patología crónica de cualquier origen, infecciosa o no infecciosa, los cuidados pregestacionales, cubren el periodo anterior a que ocurra el primer embarazo y entre dos o más embarazos consecutivos. (23, 24, 25)

La promoción de la salud, antes del inicio de la gestación puede, potencialmente, mejorar los resultados de salud y el embarazo de la mujer. Existen intervenciones para reducir muchos de los comportamientos maternos y condiciones crónicas que se asocian con los resultados adversos del embarazo, como el consumo de tabaco, consumo de alcohol, la ingesta insuficiente de ácido fólico, la obesidad, la hipertensión y la DM. (26,27)

La hemorragia y la hipertensión en conjunto representan más de la mitad de las muertes maternas, independientemente del sitio o la duración del embarazo; por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo, su manejo, sepsis y el aborto inseguro. Las causas indirectas, incluyendo muertes debidas a condiciones tales como la malaria, infecciones por VIH y padecimientos cardíacos, representan aproximadamente el 20% de las muertes maternas indirectas. Por otro lado, tenemos parejas con resultados reproductivos de riesgo, y las personas con riesgos genéticos preexistentes, condiciones genéticas como la talasemia o condiciones de salud como la diabetes o la epilepsia necesitarán intervenciones adaptadas a sus necesidades individuales, para darles atención pregestacional. (25)

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

Es importante señalar que las ITS frecuentemente son asintomáticas en las mujeres y que su eficiencia de transmisión sexual es mayor que la del VIH. En México, la mayoría de las mujeres se han infectado de VIH y otras ITS por sus parejas estables, por lo que es importante analizar las situaciones de desigualdad, y no solo las prácticas de riesgo de la mujer.

La prevención de las ITS se debe llevar por las autoridades sanitarias competentes, en los tres órdenes de gobierno, así como por todas las instituciones públicas, privadas y sociales. Para promover la participación de autoridades estatales, municipales, comités locales de salud, personal de salud, líderes comunitarios, organizaciones sociales para el desarrollo y permanencia de las acciones de salud para la prevención de la transmisión de las ITS, incorporando las estrategias de autocuidado de la salud ya existentes con énfasis en los grupos más afectados por ITS.

Las infecciones de transmisión sexual preexistentes deben ser tratadas antes de la concepción. ⁽¹⁶⁾ En el caso de individuos con infección de VIH, será necesario iniciar de inmediato el tratamiento, la falta de tratamiento a las infecciones de transmisión sexual pueden traer como consecuencia graves implicaciones reproductivas, maternas y del recién nacido. Mujeres que con infecciones de transmisión sexual sin tratamiento pueden concluir en una enfermedad inflamatoria pélvica que incrementa de 6 a 10 veces más la presencia de embarazo ectópico, lo cual puede culminar en muerte materna.

Considerar los determinantes sociales e inequidades de género que dificultan la prevención, percepción de riesgo, acceso y utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, jóvenes, migrantes, personas privadas de la libertad, y otras poblaciones en situación de desigualdad social.

Otros agentes patógenos de transmisión sexual, como Virus del Papiloma Humano (VPH) y el virus de la hepatitis B, son responsables de un gran número de cánceres cervicouterinos y hepáticos, respectivamente. ⁽²⁸⁾

Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Las unidades públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud, que proporcionen servicios a mujeres embarazadas o en edad reproductiva, deberán tener un mecanismo eficiente y oportuno de acceso a pruebas de detección de infección por VIH y sífilis. Asimismo, deberán mantener una coordinación y articulación permanente, para garantizar la atención integral a paciente con infección por VIH durante el embarazo, parto, puerperio y el periodo de lactancia.

Debido a la infección por VIH, más de 25 millones de vidas se han perdido durante las tres décadas pasadas. En 2012 Había aproximadamente 34 millones de personas en el mundo viviendo con esta enfermedad. ⁽²⁹⁾

La mujer que vive con VIH y se encuentra en tratamiento, debe de ser orientada acerca del apego al tratamiento y la importancia de tener una carga viral (CV) indetectable antes de embarazarse y durante el embarazo. La pareja de una mujer con infección por VIH debe de ser identificada y ofrecérsele orientación, consejería y tratamiento de manera simultánea.

Para el año 2010, se estimó que 159.000 niños menores de 5 años murieron debido a la presencia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el mundo. La mayoría de los casos de infección por VIH pediátrico se debe a la transmisión perinatal. En México durante el 2012, se observó que el 87% de los casos registrados de SIDA en mujeres refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales, 6% indica la vía de transmisión vertical, otro 6% por transfusión sanguínea; y el 1% por uso de drogas inyectables. ^(30, 31, 32)

Algunos estudios con relación a la salud sexual y reproductiva de pacientes con infección de VIH señalan que la mayoría de las mujeres que lo presentan se encuentran en edad reproductiva y algunas quieren que sus hijos/as tengan un mejor futuro.

Las infecciones por VIH se transmiten debido a comportamientos predominantemente sexuales de riesgo en nuestro país, aunque pueden existir otros factores que pudieran poner en contexto de riesgo y vulnerabilidad a las personas ante una posible infección por VIH, como podría ser determinantes sociales, situaciones de desigualdad, el uso de drogas inyectables, la violencia sexual, falta de atención prenatal y durante el parto en mujeres embarazadas; y recientemente, se está estudiando a nivel mundial la asociación que el alcoholismo y la adicción a otras drogas. Se debe enfocar la prevención de la transmisión perinatal, así como a la anticoncepción eficaz.

Es importante ofrecer una atención integral a toda mujer con infección por VIH y su pareja, considerando la importancia de incluir servicios de salud prioritarios: la salud materna, violencia de género, salud mental, adicciones, detección oportuna de cáncer cervicouterino y otros cánceres vinculados a VPH y planificación familiar, entre otros; en un marco de derechos y perspectiva de género e interculturalidad.

Toda mujer con infección por VIH tiene derecho a tener descendencia y recibir orientación clara, accesible y suficiente acerca de los riesgos y beneficios y en particular los riesgos de transmisión perinatal durante el embarazo, parto y lactancia. En la actualidad con los tratamientos disponibles la posibilidad de transmisión perinatal del VIH se puede reducir a menos del 2%.

Otro Tipo de Infecciones de Transmisión Sexual

Herpes genital: todo paciente con vesículas y/o úlceras en genitales en quien se demuestre por cultivo, inmunofluorescencia o PCR el Herpes simplex 1 y 2.

Clamidia: provoca enfermedad inflamatoria pélvica asociada a salpingitis o daño en las trompas uterinas lo cual implica el 30 a 40% de casos de infertilidad, embarazo ectópico, infección ocular neonatal o ceguera en el 30 al 40% de los casos y neumonía neonatal.

Sífilis: la sífilis es una enfermedad con diferentes etapas clínicas, por lo que se divide para su manejo en las siguientes formas: primaria, secundaria, latente y terciaria. El diagnóstico de sífilis depende de la etapa clínica en que se encuentre. Las mujeres embarazadas con sífilis sin tratamiento, dan como resultado un 25% de muerte fetal y un 14% de muerte neonatal y alrededor del 40% de la mortalidad perinatal. La sífilis gestacional se asocia con resultados perinatales severos, como muerte fetal, prematuridad, muerte neonatal, ceguera, sordera, alteraciones óseas y convulsiones.

El seguimiento de las personas con sífilis primaria y secundaria debe hacerse con pruebas serológicas cuantitativas a los tres, seis y doce meses. En las personas con coinfección de VIH, el seguimiento serológico debe hacerse a los tres, seis, nueve, doce y veinticuatro meses, incluyendo VDRL en líquido cefalorraquídeo al inicio y a los doce meses de tratamiento. A toda mujer en edad reproductiva con factores de riesgo y no usuaria de método de planificación familiar de larga duración, se le debe realizar la prueba de VDRL o RPR, en caso de detectarse sífilis, se le debe tomar prueba de detección de VIH previa consejería y consentimiento. En caso de resultar positiva la prueba de VIH, se les debe canalizar al servicio especializado que ofrezca tratamiento para infección por VIH en los Servicios de Salud.

Gonorrea: es una infección de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* cuyo huésped específico es el ser humano. Afecta principalmente las mucosas del aparato genital y urinario, pero puede también afectar la conjuntiva, la faringe y el recto. El diagnóstico de caso sospechoso o caso confirmado, deberá realizarse conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. En todas las personas con falla al tratamiento para gonorrea deberá investigarse la coexistencia de infección por *Chlamidia trachomatis* o, en su caso, se recomienda dar tratamiento para los dos microorganismos.

Toxoplasmosis: los embarazos que son infectados pueden presentar afectación fetal severa (restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) retardo mental, coriorretinitis, sordera, ceguera, epilepsia).

Citomegalovirus: el riesgo de seroconversión para una mujer susceptible es de 1 al 4% durante el embarazo, siendo mayor el riesgo de transmisión vertical en la primoinfección.

Las secuelas pueden ser graves y constituyen una de las causas infecciosas más frecuentes que provocan pérdida de audición en los primeros años de vida.

Vaginosis bacteriana: esta infección se asocia con resultados adversos perinatales (prematurez, rotura de membranas, aborto espontáneo, etc. (30, 31)

ITS prevenibles por vacunación

Actualmente, las ITS prevenibles por vacunación son la infección por Virus de la Hepatitis tipo B (VHB) y la infección por el VPH. La vacuna para la infección por el VHB y contra el VPH se realizarán en los grupos de la población, edad y de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. Las vacunas deberán ser ofertadas en la consulta pregestacional a las personas que cumplan con los criterios establecidos en la normatividad de vacunación, además de considerar las recomendaciones establecidas en mujeres con VIH en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. y en la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH vigente.

Hepatitis: la mujer infectada con el virus de la Hepatitis C frecuentemente estará asintomática, a menos que el progreso de la enfermedad haya afectado la función hepática. Puede sospecharse este problema al detectar elevación de transaminasas. Sin embargo, el examen de elección para el diagnóstico es la determinación de anticuerpos Anti-Hepatitis C. Esta es una prueba altamente sensible y su negatividad descarta la enfermedad. Los factores de riesgo para Hepatitis B (HB) son similares a los de infección por VIH. El riesgo de transmisión perinatal es alto, principalmente en el momento del parto. Aproximadamente entre el 70% al 80% de los neonatos infectados son portadores crónicos de antígenos HB. Además, la infección fetal se asocia con prematuridad y niños pequeños para su edad gestacional. Las mujeres con virus de

la HB crónica corren un alto riesgo de desarrollar problemas del hígado, incluyendo cirrosis y carcinoma hepatocelular, el riesgo de infección neonatal es del 10% si la hepatitis aguda ocurre durante el primer trimestre y 90% en el tercer trimestre, si la portadora es crónica entonces la tasa de infección va del 10 al 20%. (30, 31)

Tuberculosis: en la madre se incrementa el riesgo de reactivación de la enfermedad, la cual puede ser fatal en el puerperio. La tuberculosis sin tratamiento en mujeres gestantes, es un riesgo definido para la transmisión de la enfermedad al recién nacido y para resultados adversos, obstétricos y perinatales.⁽³¹⁾ La tuberculosis es una enfermedad causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, existen tres mecanismos de transmisión a partir de una bacteriemia materna: de la placenta infectada al cordón umbilical, por broncoaspiración o por ingestión de líquido amniótico infectado. Es poco frecuente, pero de alta mortalidad en ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos, la transmisión congénita se da a través de la diseminación hematológica, da lugar a la infección de la placenta y el endometrio, y la transmisión al feto es por vía sanguínea o por la ruptura de una lesión caseosa dentro del amnios. La tuberculosis congénita es más frecuentemente asociada a tuberculosis miliar que a la endometritis tuberculosa.

La transmisión de la enfermedad de la madre al producto ocurre con más frecuencia en el último trimestre del embarazo, a través del cordón umbilical, sin embargo, puede adquirirse desde el 4º mes de gestación. La adquirida a través del líquido amniótico es secundaria a la ruptura de las lesiones caseosas de la placenta, que liberan su contenido al líquido amniótico de donde el feto ingiere o aspira los bacilos tuberculosos. La diseminación hematológica o aspiración del bacilo favorecen la presencia de focos primarios múltiples (pulmón, intestino, oído medio, laringe y piel) incluyendo crecimiento de ganglios peribronquiales y mesentéricos. Las otitis tuberculosas son explicadas por la anatomía del oído del recién nacido, lo cual permite el acceso de secreciones faríngeas y de vómitos, provocando perforaciones timpánicas, linfadenopatías cervicales y parálisis facial.

En el feto por cualquiera de las vías que el bacilo tuberculoso haya llegado, éste alcanza al hígado por vía sanguínea, causando inflamación y los clásicos granulomas tuberculosos; además del crecimiento de los nódulos linfáticos periportales. Posteriormente pasa a través de la circulación del foramen oval, al ventrículo izquierdo, alternativamente al ventrículo derecho y finalmente a los pulmones en donde se multiplica lentamente hasta mejorar la tensión de oxígeno, al nacimiento. Se establece en pulmón con participación del sistema linfático bronquial y mediastinal, hay diseminación a diversos puntos del organismo, incluyendo el sistema nervioso central; puede condicionar al bajo peso al nacer y prematurez.

Otros Factores Biomédicos y Sociales

Adicciones: el consumo y dependencia de sustancias, es un serio problema social con alta morbilidad materno-fetal, estudios sobre los efectos del uso de drogas durante el embarazo son confusos ya que generalmente se hace uso de múltiples sustancias a la vez como son: el alcohol y tabaco. En 1990 una investigación reportó que el 2.6% al 28% de mujeres en

edad reproductiva habían usado cocaína; 3% al 27% marihuana, y 0.3% a 3.9% opiáceos. El abuso de estas sustancias, comporta un mayor riesgo de desenlace anómalo del embarazo, un incremento del riesgo tanto de malformaciones congénitas, de la morbilidad y mortalidad perinatal; así como posibles repercusiones a largo plazo en la capacidad de aprendizaje y del comportamiento de los niños expuestos intrauterino. (16)

El consumo de marihuana durante el embarazo trae como consecuencia una restricción en el crecimiento intrauterino, afecciones sensoriales, se ha asociado con efectos en el desarrollo intelectual de los hijos, lo que se evalúa durante la niñez. El consumo de cocaína durante el embarazo trae como resultado serias complicaciones en la madre y el feto, vasoconstricción en la circulación materna y fetal, incremento del riesgo de aborto, parto pretérmino, desprendimiento de placenta, muerte fetal, potenciales efectos teratogénicos y fototóxicos, bajo peso al nacer, prematuridad y recién nacidos pequeños para la edad gestacional. El uso de opiáceos puede ocasionar parto pretérmino y restricción en el crecimiento intrauterino. (30, 33)

Ingesta de alcohol: en las mujeres en edad reproductiva se estima que es superior al 50% y muchas de ellas inician el embarazo con una alta exposición de alcohol, lo que puede ser teratogénico para el desarrollo del sistema nervioso central. El efecto del alcohol durante el desarrollo fetal es altamente conocido y descrito en la literatura. Dan como resultado asociado a la exposición del alcohol: el aborto, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías craneofaciales y retardo mental, aunque es el síndrome del feto alcohólico uno de los resultados más comunes, en 1995, se reporta un aproximado de 16% de mujeres embarazadas consumiendo alcohol. (16, 31)

Uso de tabaco: las mujeres que fuman cigarrillos incrementan el riesgo a padecer cáncer de pulmón, cervical, pancreático, de riñón y de vejiga, enfermedades cardiovasculares y pulmonares. El consumo de cigarrillos afecta la salud reproductiva, ya que contiene miles de componentes y toxinas que pueden provocar foliculogénesis, esteroidogénesis, receptividad endometrial, angiogénesis endometrial, alteraciones del flujo sanguíneo uterino, lo cual impacta en la fertilidad. En Estados Unidos, fumar durante el embarazo da como resultado la muerte de 800 infantes anualmente, aproximadamente el 30% de las mujeres en edad reproductiva fuman cigarrillos, alrededor del 20% dejan de fumar una vez que se saben embarazadas, muchas desafortunadamente, continúan la práctica, las complicaciones están relacionadas con el número de cigarrillos que se fumen por día. En el feto el hábito del tabaco se asocia con prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, muerte súbita del lactante y para la madre ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, aborto, embarazo ectópico y aumento de la mortalidad perinatal. (16, 30, 34)

Trastornos psicoactivos: los riesgos psicosociales se asocian con resultados maternos y perinatales adversos, diversos estudios muestran que mujeres que informan de una mala salud mental antes del embarazo, presentan mayores probabilidades de complicaciones durante el embarazo, de tener un aborto, una vez, que una enfermedad mental se encuentra avanzada puede afectar al estado funcional incluyendo su capacidad de toma de decisiones, lo que puede poner en peligro su capacidad de obtener atención prenatal y evitar comportamientos no saludables. Factores de riesgo psicológicos como el estrés, son cada vez más reconocidos como perjudiciales para el bienestar de la futura gestación. (16)

Violencia: la violencia familiar y de género, repercute de manera importante en la salud de las mujeres, sus manifestaciones incluyen alteraciones tanto de la salud física como de la salud mental y emocional, que pueden ser desde moderadas hasta extraordinariamente graves; llevando inclusive a la muerte. La OMS reporta en un estudio, que del 15 al 71% de las mujeres entre 15 a 49 años de edad, reportaron violencia física o sexual por su pareja, la violencia en las mujeres da como resultado consecuencias en la salud física, mental, sexual y reproductiva. Esta violencia también tiene consecuencias negativas en la salud y el bienestar infantil, en el país, la cifra de mujeres casadas o unidas que hablan lengua indígena y que padecen violencia por parte de su pareja a lo largo de su relación es de 41.8%. El 76% de las mujeres que reportaron haber tenido alguna lesión o daño a consecuencia de la violencia de pareja, tuvieron moretones, 9.1% manifestó haber tenido algún sangrado vaginal o anal como consecuencia de la violencia sexual. El 3.8% de las mujeres que sufrió algún tipo de lesiones señaló haber requerido hospitalización y 0.7% indicó haber sido intervenida quirúrgicamente. ⁽³⁵⁾

Aproximadamente el 25% de las mujeres pueden vivir una situación de violencia por su pareja durante el transcurso de su vida, esta violencia no cesa durante el embarazo. Se estima que la violencia por parte de la pareja va de un 4 a un 17%. ⁽³⁵⁾ El abuso físico por la pareja en algunos momentos de la vida son reportados de 13% a 61% en mujeres de 49 años mientras que la violencia sexual por la pareja es reportada de un 6% a 59% de ellas. La violencia durante el embarazo se asocia con una pobre salud incluyendo el riesgo de parto pretérmino, hemorragia preparto, aborto, sangrado vaginal, pérdida fetal, depresión postparto, además del daño físico y psicológico, bajo peso al nacer, muerte fetal y lesiones. ^(16, 31, 34, 36)

Epigenética

Es un término empleado para referirse a aquellas modificaciones heredables de la expresión de los genes que no se encuentran directamente determinadas por la secuencia del ADN. ⁽³⁷⁾ En la actualidad, es un término que ha cobrado importancia debido a la creciente asociación con enfermedades complejas y comunes, así como por su impacto en la salud de generaciones futuras y en la evolución humana. ⁽³⁸⁾

La epigenética contribuye a explicar aquellos mecanismos no dependientes de la secuencia genética, por el que los nutrientes y otros factores ambientales, contribuyen a regular la expresión de los genes. Su estudio, no solo permite comprender sino también a tratar enfermedades de origen poligénico y multifactorial, como son las enfermedades crónico-degenerativas. ⁽³⁹⁾

Estudios epidemiológicos en humanos y con animales de experimentación han demostrado que el ambiente subóptimo intrauterino y durante la lactancia, afecta el crecimiento y predispone al individuo al desarrollo de enfermedades en la vida adulta. ⁽⁴⁰⁾ Aspectos específicos del ambiente de desarrollo, como la dieta de la madre o su composición corporal, niveles de estrés y de actividad física, también han demostrado ser factores de riesgo para enfermedad en el futuro. ⁽⁴¹⁾

Los procesos epigenéticos están implicados en la adaptación del crecimiento fetal y la estatura, composición corporal y estilo de vida de la madre. La dieta materna condiciona el crecimiento, maduración y desarrollo fetal. Cuando existe malnutrición/hiponutrición marcada se induce reducción asimétrica o simétrica del feto dependiendo de su duración, con efectos importantes en el tamaño y actividad de páncreas fetal, propiciando un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas. ⁽⁴²⁾

Durante el periodo periconcepcional y preimplantacional, factores como el estado nutricional y estrés de la madre, o niveles de hormonas y oxígeno, afectan el desarrollo del oocito y el blastocisto alterando el número de células destinadas a trofoblasto y el potencial de crecimiento de la placenta. Se ha visto un menor potencial de crecimiento e implantación del blastocisto en madres diabéticas, lo cual se observa al exponer in vitro embriones de ratón a elevadas concentraciones de D-glucosa. ⁽⁴³⁾

Las condiciones maternas antes y durante el embarazo, requieren mayor investigación e intervención ya que su adecuado manejo podría estar definiendo la plasticidad, la capacidad de respuesta del feto a determinadas condiciones en la vida posnatal. Esto hace que sea más importante conocer los mecanismos implicados y la investigación de su papel en condiciones patológicas.

Finalmente, la Epigenética cambia la perspectiva de la interacción de conocimiento genético con el medio ambiente y especialmente con condiciones nutricionales, ya que seríamos capaces de responder y adaptarnos a tales condiciones, pero también transmitir estas características a generaciones futuras. ⁽³⁸⁾ La epigenética tiene relevancia en obstetricia por su acción durante el embarazo, en la vida embrio-fetal e inclusive, por los sucesos que existen al nacimiento.

Se pueden dividir cuatro grandes etapas: fertilización y desarrollo del blastocito, etapa de gastrulación, la larga y compleja etapa de la organogénesis fetal y últimamente se ha planteado la importancia del nacimiento y las intervenciones ahí desarrolladas, donde la activación epigenética puede causar diferentes afecciones. El entorno materno desfavorable durante el embarazo constituye la situación que más preocupación ha provocado. Esta situación, se produce por diferentes mecanismos, entre los que se destacan, la vulnerabilidad en los determinantes sociales de la salud, la mala alimentación, el estrés materno, la violencia, el uso de drogas y la exposición a los disruptores endócrinos. ⁽⁴⁴⁾

IV.- OBJETIVOS

- ▶ Estandarizar el proceso de atención de toda mujer en la etapa pregestacional, con especial atención en los grupos con mayor vulnerabilidad.
- ▶ Establecer acciones para promocionar estilos de vida saludable dirigida a mujeres y sus parejas en edad fértil, especialmente a las pertenecientes a los grupos de mayor vulnerabilidad.
- ▶ Definir estrategias y acciones prioritarias para coadyuvar a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna en las mujeres que se identifican en estos grupos vulnerables.
- ▶ Consolidar el sistema de referencia y contra referencia de las mujeres identificadas como pertenecientes a estos grupos de vulnerabilidad aumentada en el proceso de la atención pregestacional.

V.- DEFINICIÓN

- ▶ La atención pregestacional es el paquete de intervenciones que permiten identificar y modificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales de la salud de la mujer y prevenir y manejar en forma integral con resultados perinatales favorables. El objetivo de dichas acciones es asegurar que la mujer obtenga el mejor estado de salud posible antes del inicio de la gestación y promover su salud y la salud de su futuro niño.
- ▶ La atención pregestacional, debe ocurrir antes del primer embarazo y entre dos embarazos consecutivos. Se deberá estructurar en tres tipos de factores: biomédicos, socioculturales, y ambientales.

Para los fines de este lineamiento, se entiende que la atención pregestacional se deberá focalizar en cinco grupos específicos:

- a) Mujer con antecedente de padecer patología crónica órgano-funcional, independientemente del origen de la misma, sea congénita o adquirida.
- b) Mujer con antecedente de padecer patología crónica infecciosa, especialmente los grupos relacionados con su transmisión vertical o con las repercusiones sistémicas que afectan a la madre y pueden condicionar resultados fatales durante la gestación.
- c) Mujer con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna severa, de acuerdo a la clasificación internacional y al catálogo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Severa (SIVEMMS).
- d) Mujer con antecedente de factores de riesgo sociales identificados durante su vigilancia en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud.
- e) Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo, independientes de los antecedentes de morbilidad materna severa: dos o más cesáreas, dos o más abortos, periodo intergenésico de menos de dos años con antecedente de cesárea anterior, edad mayor de 35 años y menor de 15 años.

VI.- MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Como parte de la estrategia para la implementación de la atención pregestacional, se han estructurado tres medidas de intervención, que deberán estar alineadas a los objetivos planteados.

- 1.- Información, educación y comunicación (IEC)
- 2.- Capacitación institucional al personal de salud
- 3.- Instrumentación aplicativa

1.- INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

Esta intervención la ejerce el prestador de servicios, para ello requiere del conocimiento sobre las diferencias entre información, comunicación y educación; además del contenido educativo a impartir y sus beneficios; así como las características de la persona o población a quién se dirige.

La IEC (Información educación, comunicación) surge como una estrategia de intervención en salud, orientada a mejorar los procesos que promuevan cambios en conocimientos, actitudes, y prácticas en la población con relación a deberes y derechos ciudadanos en salud y el uso efectivo de mecanismos de participación social

Numerosos estudios demostraron, a fines de los 50, que existe una correlación estrecha entre la comunicación social y el desarrollo nacional. La comunicación, como agente propiciador de desarrollo podía ser robustecido para ayudar a los países rezagados a alcanzar el pleno desarrollo: de ahí nació la teorización sobre el fenómeno de la comunicación para el desarrollo, la comunicación para la salud consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública. La comunicación en salud se emplea de forma sistemática a través de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos; como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública, estos son enunciados como instrumentos básicos de programa institucional, los cuales son: las políticas, las estrategias y los planes que normen el desempeño de los organismos públicos y privados en espera de que la población adopte conductas propicias al cuidado de su salud. (45)

“En 1974 el Gobierno de Canadá planteó mediante el “Informe de Lalonde” el enfoque de “campo de salud” compuesto por estilos de vida y las características del medio ambiente, además de serlo por la medicina y la biología. Como instrumento principal para aplicar ese enfoque escogió a la promoción a la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación”. (45)

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud. Afirmación realizada en la Declaración de Alma-Ata”. (46)

“La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud”. La comunicación participativa parte de un proceso continuo de planificación, acción, evaluación, y vuelta a empezar; su principal interés es la acción con base en un proceso de reflexión y toma de conciencia que genera conocimiento colectivo entre los participantes, permitiéndoles interpretar, conocer y transformar la realidad. En Estados Unidos por cada persona que recibe información de un médico, 25 personas la reciben a través de los medios”. (47)

Las acciones de información, educación y comunicación, en adelante IEC, propuestas con el fin de promover cambios en la conducta de salud e incentivar a la detección precoz y el tratamiento oportuno de enfermedades siguen siendo efectivas, como ha sido demostrado durante los desastres, epidemias, enfermedades emergentes y reemergentes. Así también aquellos procesos de promoción de la salud y de IEC que incluyen actividades de movilización social y comunitaria, orientación a la ciudadanía, intervenciones a través de redes sociales, negociación con los medios de comunicación social, empoderamiento individual y comunitario, entrega de información y otros procesos de comunicación social contribuyen a la adopción de comportamientos saludables conscientes y sostenidos. (48)

Líneas de Acción

La IEC cuenta con las siguientes líneas de acción:

1) PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Las acciones de IEC dirigidas para el cambio de comportamiento, deben estimular el mantenimiento de las conductas saludables en los grupos de mayor riesgo, reforzando la información, los conocimientos y actitudes positivas para la prevención de la morbilidad materna severa y de la mortalidad materna, a través de mecanismos e instrumentos de difusión y según la necesidad y características de cada grupo vulnerable.

2) ENFOQUE A GRUPOS DE MAYOR VULNERABILIDAD

Las acciones de IEC para el abordaje de la morbilidad y mortalidad materna, se deben enfocar en audiencias específicas caracterizadas, como: mujeres con patología crónica previamente adquirida, de tipo órgano-funcional, mujeres con patología infecciosa previamente adquirida, mujeres con antecedentes de morbilidad materna severa en embarazos previos, mujeres con antecedentes obstétricos de riesgo y mujeres con determinantes sociales que incrementan el riesgo reproductivo.

3) APOYO Y COMPROMISO SOCIAL

Generar un entorno social de apoyo en los diferentes niveles de atención y en las áreas de responsabilidad, para el desarrollo de las acciones de IEC, enfocadas a la atención pregestacional.

4) PARTICIPACIÓN CIUDADANA E INTERSECTORIAL

Las acciones de participación social, intersectorial, interinstitucional y participación comunitaria, deben ser elementos claves en la implementación de los planes estratégicos de IEC para el abordaje de la atención pregestacional, con el objetivo de disminuir la morbilidad materna severa y la mortalidad materna.

5) DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LAS AUDIENCIAS

La ejecución de procesos educativos debe partir del análisis de la situación integral de salud actualizado de la audiencia objetivo, para conocer sus necesidades, condiciones de vida, costumbres, mitos y creencias, nivel de conocimientos, problemas sociales y de salud; lo que debe permitir adaptar los mensajes educativos con un lenguaje apropiado y pertinencia de acuerdo a cada audiencia.

6) MEDIOS DE ABORDAJE

Los grupos de mayor vulnerabilidad y la población en general, deben ser provistos de información, educación y conocimientos para alcanzar las conductas deseadas en el abordaje de la atención pregestacional, para la prevención de la morbilidad materna severa y de la mortalidad materna, utilizando la comunicación interpersonal, grupal y medios de comunicación.

7) SOSTENIBILIDAD

La gestión, el monitoreo y la evaluación continua de la estrategia de IEC deben garantizar su sostenibilidad y permanencia en los programas, proyectos, planes operativos locales en el abordaje de la atención pregestacional, tanto a nivel institucional como de otros sectores.

Ejes básicos

Información:

Los responsables de llevar a cabo las acciones, deberán ubicar en su entorno de competencia la forma de hacer llegar al mayor número de usuarios como sea posible, la información de la existencia del servicio dentro de las instalaciones del sistema de salud, de tal forma que la población en general sea informada de los beneficios de recibir atención pregestacional, poniendo énfasis en los grupos de riesgo especificados anteriormente, pero sin dejar de otorgar el servicio a cualquier mujer que solicite la atención pregestacional.

Los modelos de información utilizados tradicionalmente corresponden con la elaboración de documentos informativos tipo trípticos y audios que son puestos a la disposición de la población que acude a los servicios de salud, y que tienen un alcance limitado a la propia estructura del sistema de salud.

La utilización de herramientas de información con mayor alcance en nuestra actualidad tecnológica, estará orientada a la utilización de medios de información de mayor alcance, tales como los mensajes de audio o video en radio, televisión y ahora en las redes sociales, que cada vez alcanzan a un grupo más amplio y variado de audiencia.

Los elementos clave, son: la construcción del mensaje (atención pregestacional), el fundamento del mensaje (importancia de acudir a la atención pregestacional) y población objetivo (población en general).

De acuerdo a competencias y por nivel de atención, los responsables estatales, jurisdiccionales y delegacionales de los programas de Salud Materna y Perinatal y Promoción de la Salud, serán responsables de promover la atención pregestacional dentro y fuera del sector con el propósito de unir y coordinar esfuerzos entre los niveles, sectores y actores involucrados, así como para colocar en la agenda política de los tomadores de decisiones la importancia de las muertes maternas y perinatales con el fin de obtener una respuesta coordinada e integrada de intervenciones efectivas.

Así mismo es indispensable la articulación de acciones entre los profesionales de salud de diferentes disciplinas, los servicios de salud organizados en redes integrales y complementarias y diferentes actores involucrados en la atención de eventos relacionados con riesgos sociales, laborales o ambientales.

Se deberá abarcar todo medio posible de difusión: radio, televisión, redes sociales (twitter, facebook, whatsapp, youtube, etc.), anuncios espectaculares, carteles; dando a conocer a la población que existe la consulta de atención pregestacional e invitando a toda mujer en edad reproductiva a acudir oportunamente al centro de salud más cercano para su valoración previa al embarazo.

Los responsables estatales, jurisdiccionales y delegacionales de los programas de Salud Materna y Perinatal y Promoción de la Salud realizarán las gestiones necesarias para concertar con los medios de comunicación masiva, estrategias de mercadotecnia social en salud para motivar el cambio de hábitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas y valores para mejorar la salud sexual y reproductiva. La estrategia de Información, busca llegar al mayor número posible de personas, con la intención de que el mensaje transmita la importancia de la atención pregestacional, su utilidad y especialmente la necesidad de acudir a solicitarla con la intención de tener las mejores oportunidades para planear un embarazo.

Educación:

Como parte de esta intervención es necesario la utilización de los grupos cautivos ya desarrollados con antelación, en relación a otros programas de salud del sector; proyectos tales

como la vigilancia de pacientes con patología crónica específica como la DM o la Hipertensión arterial; nos dan la oportunidad de identificar en ellos a mujeres en edad reproductiva que sean portadoras de dicha enfermedad.

Se deberá entonces desarrollar dentro de las pláticas de educación que se llevan al interior de dichos grupos, una sesión dirigida a la atención pregestacional, inicialmente tratando de captar a mujeres con patología y en edad reproductiva, especialmente a aquellas que no cuentan con metodología anticonceptiva. El proceso educativo tiene por finalidad la sensibilización de este grupo de riesgo a la necesidad de acudir a consulta relacionada con la atención pregestacional en búsqueda de la minimización de los impactos de los factores de riesgo ya conocidos en ellas, para un posible embarazo y los mejores resultados perinatales posibles. La importancia del proceso de educación, estriba en que una vez identificada la población de riesgo, y al ser tamizada se identifiquen los grupos que se han mencionado en el apartado de definición y conceptos y se integren para recibir el proceso educativo integral.

Los grupos específicos objeto de este lineamiento, identificadas y seleccionadas en el proceso de información/tamizaje, para otorgar educación integral en atención pregestacional son:

- 1) Mujer con antecedente de padecer patología crónica órgano funcional,
- 2) Mujer con antecedente de padecer patología crónica infecciosa,
- 3) Mujer con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna severa,
- 4) Mujer con antecedente de factores de riesgo sociales identificados durante su vigilancia en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud,
- 5) Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo.

Comunicación

La participación del personal de salud de áreas diferentes a las obstétricas, se vuelve prioritaria en esta intervención, ya que el contacto inicial con estos grupos cautivos y vulnerables, habitualmente no lo hace el personal de las áreas de atención a mujeres en proceso gestacional, o son identificadas por los grupos de trabajo de funciones preventivas, donde se ubican los grupos; o bien por sus médicos responsables de la vigilancia y tratamiento de la patología asociada. La comunicación que establezcan con la usuaria de los servicios de salud que cumpla con los supuestos mencionados, puede ser determinante en que la mujer acuda a la referencia a la consulta pregestacional que se realice desde su servicio de manejo específico.

Tanto el área de origen de la paciente, como el área de atención pregestacional, deberán tener protocolizadas las acciones a desarrollar en el manejo integral de dichas pacientes. Una vez que ha sido diagnosticada y clasificada, deberá realizarse la asesoría-consejería personalizada sobre todos los puntos específicos de la patología de base y sus repercusiones en caso de un embarazo no planeado, en ocasiones subsecuentes, se abordarán otros temas relacionados con el autocuidado de la salud, de acuerdo al plan de intervención diseñado con los tres elementos básicos que hemos descrito para los dos apartados previos.

El proceso de comunicación, se establece, una vez que se ha seleccionado a la mujer dentro de los grupos específicos y se clasifica como poseedora de alto riesgo reproductivo, con intención de embarazarse o no usuaria de método anticonceptivo; en este caso el grupo multidisciplinario coordinado por el servicio de Obstetricia, dirigirá las acciones médicas y de comunicación hacia la persona específica de acuerdo al número y tipo de factores de riesgo acumulados, con la prioridad de transmitir conocimientos para tomar acciones preventivas que eviten iniciar un embarazo sin control de dichos factores y conducirla, en su caso, a iniciar un proyecto de embarazo en las mejores condiciones de salud posibles. Por otra parte, la mujer identificada en estas mismas condiciones, sin deseo de embarazarse o usuaria de método anticonceptivo, definitivo o de larga duración, será igualmente introducida en el proceso de comunicación y atención médica para controlar sus factores de riesgo.

2.- CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL

Uno de los pilares más importantes de todas las estrategias para realizar un cambio dentro de cualquier sistema de prestación de servicios, se refiere a la capacitación de aquellos que van a intervenir en el proceso mismo del cambio. La capacitación deberá estar dirigida a los tres niveles de atención dentro de la organización: personal operativo, que es el grupo que se encargará de ejecutar las acciones directas con el público usuario; mandos medios y personal directivo dentro de las unidades aplicativas, que se encargarán de realizar las acciones dirigidas a modificar la organización dentro de la unidad a fin de facilitar los procesos que se requieran para ejecutar el cambio y la alta dirección, que son los encargados de dictar políticas internas a fin de que las unidades aplicativas ejecuten las acciones que sean necesarias para que se realice el proceso de cambio en forma ordenada, adecuada y efectiva. Los profesionales de la salud, deben desarrollar el trabajo de orientación y consejería pregestacional, permitiendo la participación de la pareja, la familia y la comunidad, para promover comportamientos saludables y el embarazo en el momento más oportuno.

Por lo tanto la capacitación institucional realiza: la sensibilización, la capacitación intermedia y la capacitación operativa.

Sensibilización:

Dirigida al cuerpo directivo de la alta gerencia, y al personal en general que están involucrados con los servicios que tienen que ver con la focalización mencionada de los grupos vulnerables a trabajar. Se pretende, con dicha sensibilización, que se enteren del proceso de cambio en las acciones a realizar dentro de la unidad y que conozcan a los responsables de llevar a cabo los procesos específicos, tanto para la orientación adecuada de las usuarias que lo soliciten, como para facilitar el acceso a las áreas involucradas en los procesos específicos.

Capacitación intermedia:

Dirigida al personal operativo de las áreas o servicios de apoyo, involucrados en la atención médica. Puede ser personal de áreas que otorgan servicio a las pacientes como radiología, laboratorio, etc. El objetivo de su capacitación es poder otorgar orientación a las usuarias de los

servicios que se otorgan, con quién acudir en caso de ser requerido y brindar información más amplia relacionada con el servicio de atención pregestacional.

Capacitación operativa:

Dirigida al personal operativo de las áreas específicas de atención a las mujeres con los supuestos mencionados (patología previa o determinantes sociales identificados, edad reproductiva y sin uso de método anticonceptivo de alta seguridad y eficacia). Los objetivos más importantes de esta capacitación son: identificar a las pacientes con alto riesgo reproductivo, clasificar su riesgo de acuerdo a los grupos vulnerables y realizar la referencia al servicio de atención pregestacional, en el primer nivel de atención. En el segundo y tercer nivel de atención, el objetivo a cumplir con la capacitación, es identificar a dichas pacientes, clasificarlas y orientarlas respecto al uso de metodología anticonceptiva de alta seguridad y eficacia y en caso de solicitar apoyo para el inicio de una gestación, realizar la atención médica integral que permita el máximo control de los factores de riesgo identificados para promover la gestación en el mejor momento posible y con el acompañamiento durante el control prenatal hasta la conclusión del embarazo.

3.- INSTRUMENTACIÓN OPERATIVA

La atención pregestacional tiene aplicación en todos los ámbitos de atención a la salud que otorga el Sistema Nacional de Salud, en cada uno de ellos y de acuerdo a su campo de responsabilidad las aplicaciones serán diferentes e irán dirigidas a la prevención específica de acuerdo al nivel de operación. (Anexo 1.- Flujograma de atención pregestacional)

3. 1.- PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

A. Tamizaje y clasificación

El primer nivel de atención, es el pilar soporte de todo el modelo de atención. Dentro de las actividades prioritarias es la búsqueda en los grupos considerados como cautivos en el sistema de salud, (Clubes de diabetes, de hipertensión de positivas a VIH, obesidad) y todos aquellos que maneje el centro de salud en donde se encuentren mujeres en edad reproductiva; la segunda fuente de pacientes para este fin, son las que acuden a la consulta general sin patología de base identificada al momento, pero dentro del grupo de edad reproductiva; y por otra parte las mujeres en edad reproductiva, identificadas en visitas domiciliarias o por parte de los grupos comunitarios no institucionales. En todos estos casos, se aplicará el instrumento de tamizaje para identificarlas y agruparlas de acuerdo al modelo propuesto. (Anexo 2.- Tamizaje para atención pregestacional)

De todas estas pesquisas, se identificarán a las mujeres con patología de base, (órgano funcional, infecciosa, morbilidad materna severa, factores de riesgo sociales, y antecedentes de riesgo obstétrico) y que al momento de la clasificación puedan o no ser usuarias de método anticonceptivo:

- a) En el caso de ser usuaria de método anticonceptivo, definitivo o de larga duración, se valorarán los factores de riesgo y se continuará con su manejo para el control de la patología de base, (sale del modelo de atención pregestacional).
- b) En el caso de no ser usuaria de método anticonceptivo, definitivo o de larga duración, se valorarán los riesgos y se iniciará manejo para el control de la patología de base.
 - a. En caso de que la mujer desee embarazo en corto o mediano plazo, se orientará en metodología anticonceptiva temporal con el objetivo de llevar los factores de riesgo identificados a las mejores condiciones posibles.
 - b. En caso de que la mujer no desee embarazo, se ofertará metodología anticonceptiva definitiva o de larga duración de acuerdo a criterios de elegibilidad de la OMS, (sale del modelo de atención pregestacional).

B. Control de factores de riesgo

Por otra parte, las revisiones sistemáticas basadas en la evidencia indican la efectividad de la aplicación de intervenciones específicas y recomendaciones por áreas de atención. Existe una amplia literatura basada en la evidencia de las recomendaciones sugeridas para realizar asesoramiento pregestacional dirigido a todas las mujeres en edad fértil que incluyen información y educación sobre planificación familiar, nutrición, suplementación del ácido fólico, inmunizaciones específicas, conducción hacia la modificación de comportamientos saludables, exposición a diferentes factores ambientales, consumo de medicamentos para las mujeres con tratamientos específicos que pueden afectar su fecundidad, el padecimiento previo de enfermedades crónicas, la historia genética, etc.

La ratificación y evaluación del riesgo pregestacional se basa en la obtención de una historia clínica completa que incluye los antecedentes personales médicos, de estilos de vida y reproductivos de las usuaria, un examen físico completo y pruebas complementarias. Además se debe obtener información sobre antecedentes familiares-genéticos, exposición a fármacos o drogas. Así como la inclusión de variables sociodemográficas para el análisis como la edad, ya que las gestaciones en períodos extremos (mayor de 35 años y menor de 19 años) se asocian a un mayor número de complicaciones durante el embarazo; las adolescentes tienen una mayor probabilidad de bajo peso al nacer, parto prematuro, preeclampsia, desproporción céfalo-pélvica; mientras que entre las mayores de 35 años tienen una mayor probabilidad de alteraciones cromosómicas, hemorragia posparto, síndrome hipertensivo asociado al embarazo y trastornos metabólicos. (Anexo 4.- Tablas de riesgos y recomendaciones de intervención)

Una vez hecho el tamizaje y la clasificación de las mujeres, se selecciona a aquellas que cumplen los dos criterios; a) ser portadoras de alguna de las patologías o antecedentes de clasificación y b) desear embarazo. A este grupo se le subclasifica de acuerdo al antecedente de origen (órgano funcional, infecciosa, de morbilidad materna severa, factores sociales de riesgo u obstétricos de riesgo) para su control estadístico. Se ingresan a protocolos de manejo de acuerdo a las guías de práctica clínica y se determina la factibilidad de continuar su manejo en este nivel de atención o ser referidas al segundo o tercer nivel.

Las mujeres que son portadoras de alguno de los antecedentes, pero no desean embarazo se ingresan a protocolo de atención en base a los riesgos y con asesoría-consejería de metodología anticonceptiva. Si ya son usuarias de método definitivo o de larga duración, se ingresan a protocolo de manejo en base al origen de los riesgos identificados y en ambos casos de ser necesario se referirán al 2do o 3er nivel de atención para manejo de complicaciones.

C. Referencia

El objetivo de la referencia es el manejo integral de la patología identificada como de base en el tamizaje, una vez que se ha clasificado e identificado su deseo reproductivo, la referencia se hará al nivel más adecuado para su tratamiento multidisciplinario.

En el primer caso, la mujer que desea un embarazo, será enviada a asesoría consejería de planificación familiar conjuntamente con el área responsable de llevar el control de la atención pregestacional.

En el segundo caso, la mujer que no desea obtener una gestación, será enviada a asesoría consejería de metodología de control de la fertilidad, conjuntamente con el área específica para dar seguimiento al manejo integral de la patología de fondo.

D. Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional

El personal de salud, comunitario y los grupos sociales, aprovecharán cualquier contacto, ya sea en la unidad de salud o en la comunidad para la promoción de la atención pregestacional y para informar sobre comportamientos o hábitos que incrementan los riesgos reproductivos.

En el área comunitaria; el técnico en atención primaria a la salud, madrinas, padrinos, personal voluntario, etc., serán responsables de identificar en el Área Geoestadística Básica (AGEB), a toda aquella mujer en edad reproductiva, y sensibilizarla para acudir a la unidad médica de primer nivel de atención mas cercana para valoración de riesgo pregestacional; de forma coordinada se dará a conocer a la unidad de atención a todas aquellas pacientes identificadas por sus riesgos; en caso de que la paciente no acuda a consulta, se relizará visita domiciliaria por el personal de salud para recordar la importancia de la atención y valoración oportuna; esta actividad será indispensable en aquellas pacientes identificadas en edad reproductiva con patología agregada o factor de riesgo obstétrico existente.

Dentro de la unidad médica de primer nivel de atención y una vez establecido el o los factores de riesgo existentes, la enfermera será la responsable de dar orientación y educación para la salud de acuerdo a lo identificado:

- ▶ Toma y registro de peso, talla y medición de cintura para el cálculo de índice de masa corporal y valoración de estado nutricional
- ▶ Orientar sobre la importancia de la alimentación saludable (plato del buen comer) y la práctica del ejercicio físico sistemático
- ▶ Toma y registro de signos vitales frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial

- ▶ Solicitar cartilla nacional de vacunación de acuerdo a grupo étnico para identificar aquellas vacunas que de acuerdo a edad le sean requeridas y en caso de no contar con esquema completo se llevará a cabo la aplicación, orientando sobre las reacciones que pudieran presentarse
- ▶ Orientación sobre la ingesta de ácido fólico
- ▶ Orientación sobre métodos de planificación familiar
- ▶ En caso de presentar alguna patología Obesidad, Hipertensión, Diabetes, se realizarán las recomendaciones de acuerdo a patología y se mantendrán en grupos cautivos
- ▶ Orientación sobre actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva
- ▶ Orientación sobre infecciones de transmisión sexual
- ▶ Orientación sobre la denuncia oportuna y manejo de violencia física, psicológica o sexual
- ▶ Orientación sobre signos y síntomas de depresión
- ▶ Orientación sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
- ▶ Orientación sobre la toma oportuna de citología vaginal y revisión de mamas
- ▶ Orientación sobre la importancia de acudir a consulta de odontología

Dentro de la unidad médica del primer nivel de atención, el médico o enfermera serán responsables de la aplicación del instrumento para valoración de riesgo pregestacional. (Anexo 2.- Tamizaje de atención pregestacional)

3.2.- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

A. Tamizaje y clasificación

En el segundo nivel de atención, nuestra fuente de pacientes a ser tamizadas y clasificadas, también puede tener su origen en los grupos cautivos, salvo que aquí se pueden tener dos orígenes: los grupos de apoyo (clubes de diabetes, hipertensión, etc.), y la consulta de especialidades que se encargan de otorgar la atención especializada de acuerdo a la patología de la paciente. El tamizaje inicia con la identificación de mujeres de estos grupos, en edad reproductiva y verifica su utilización de metodología anticonceptiva de alta seguridad y eficacia.

En las pacientes que no cumplan con este último criterio, realizar la pregunta de selección ¿se quiere embarazarse? a) En caso afirmativo, se deberá sugerir el uso de método anticonceptivo de alta seguridad, eficacia y corta duración, para llevar los factores de riesgo al mejor control posible, y poder autorizar la búsqueda intencionada del embarazo en las condiciones óptimas de salud. b) En caso de que la respuesta sea negativa, se ofertará método anticonceptivo de alta seguridad, eficacia y larga duración; y continuará con el manejo y control de factores de riesgo.

La selección de las pacientes nos dará para cada caso posible la clasificación de acuerdo al grupo de riesgo asociado, el uso de metodología anticonceptiva y el deseo posible de gestación a corto o mediano plazo. Si las condiciones de salud de la paciente permiten continuar con su manejo en la unidad de segundo nivel de origen, entonces se otorgará atención integral, si, por el contrario, las condiciones clínicas de la paciente no permiten su manejo en dicha unidad, entonces se hará la referencia al tercer nivel de atención para su manejo en unidad de alta especialidad.

B. Referencia

La unidad de segundo nivel que envía a una mujer a una unidad de atención de alta especialidad es para resolver su problema de salud, es importante identificar a la paciente que quiere la búsqueda de un embarazo, ya que, en algunas ocasiones, a pesar de la negativa del médico a la intención de éste, lo va a intentar, interrumpiendo método anticonceptivo y medicación de base para la patología asociada. En cualquier caso, la referencia de la paciente no implica dejar de hacer el seguimiento de la misma; el nivel que refiere a un nivel superior de atención, tiene la obligación de verificar la asistencia de la paciente al lugar referido, de que haya sido atendida y se apegue al manejo establecido. Los mecanismos que se ponen en juego para este seguimiento es la consulta compartida y la vigilancia a través del sistema de referencia y contrareferencia involucrando al personal comunitario.

C. Evaluación y atención integral

El segundo nivel de atención, también tiene responsabilidad de evaluación y atención integral a las pacientes que son detectadas a través del tamizaje por cualesquiera de las vías que ocurra, ya sea las que son referidas del primer nivel de atención, o bien las que son detectadas por el segundo nivel.

Una vez que se ha realizado el tamizaje, se debe realizar una evaluación integral del o los factores alterados que la paciente trae acumulados para determinar el grado de incremento del riesgo reproductivo; es decir, la mujer puede tener factores controlados o no, y de ello depender que tanto se incrementa su posibilidad de complicación. Si éstos, están controlados, el riesgo reproductivo estará menos comprometido que si se encuentran en descontrol, y por lo tanto el acompañamiento rumbo a la nueva gestación, será con la intención de mantenerlos bajo control. Por el contrario, si los factores de riesgo se encuentran descontrolados, entonces el riesgo reproductivo será mayor y por lo tanto se deberá buscar asegurar la estabilización de los mismos antes de permitir que la paciente busque intencionadamente el embarazo.

La asesoría consejería en metodología anticonceptiva debe ser obligada, y con base en el enfoque de riesgo, donde se hará mención de los riesgos que corre si llega a embarazarse, a pesar de que los factores se encuentren controlados en el momento de esta atención y con énfasis mayor en aquellas pacientes que no se ha logrado el control adecuado de los mismos. El sistema de apoyo social-comunitario en la relación de la paciente con el sistema de salud, debe asumir el papel de coadyuvante en el control de los factores que se encuentran en descontrol, nuevamente a través de los grupos de apoyo, que la unidad de primer nivel los tiene estructurados, y se deben implementar en el segundo nivel de atención, para dar un mayor seguimiento a este grupo de alto riesgo. La recomendación de no buscar una gestación será el eje de la acción en los cinco grupos establecidos, sin embargo, no podemos perder de vista que, en el ámbito del respeto a

su derecho reproductivo, la tarea del sistema de salud, se enfoca en estos casos, al control de los factores de riesgo, el acompañamiento hasta la consecución de la gestación y el mantener en control estos factores hasta el término del embarazo, durante el parto y el puerperio.

La atención integral, debe contener los siguientes puntos clave:

- ▶ Determinación de las condiciones de los factores de riesgo
- ▶ Manejo médico de los factores identificados en descontrol
- ▶ Vigilancia del control de los factores
- ▶ Asesoría-consejería en metodología anticonceptiva
- ▶ Integrar a grupos de apoyo específicos
- ▶ Establecimiento de redes sociales que permitan el acompañamiento para cumplir con las metas terapéuticas

D. Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional

La enfermera será la responsable de:

- ▶ Toma y registro de peso, talla y medición de cintura para el cálculo de índice de masa corporal y valoración del estado nutricional, en caso de anemia u obesidad; se referirán al nutriólogo para manejo de acuerdo a NOM's y a guías de práctica clínica.
- ▶ Consejería y orientación sobre la importancia de la alimentación saludable (plato del buen comer) y la práctica del ejercicio físico sistemático.
- ▶ Toma y registro de signos vitales: frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria y tensión arterial.
- ▶ Solicitar cartilla nacional de vacunación de acuerdo a grupo étnico para identificar aquellas vacunas que de acuerdo a edad le sean requeridas y en caso de no contar con esquema completo, se solicitará a médico autorización de acuerdo a riesgo para la aplicación del biológico faltante, una vez aplicado el biológico se orientará sobre las reacciones que pudieran presentarse.
- ▶ Orientación sobre la ingesta de ácido fólico.
- ▶ Orientación sobre métodos de planificación familiar.
- ▶ Orientación sobre actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.
- ▶ Orientación sobre la denuncia oportuna y manejo de violencia física, psicológica o sexual.
- ▶ Orientación sobre signos y síntomas de depresión.

- ▶ Orientación sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- ▶ Orientación sobre la toma oportuna de citología cérvico vaginal y revisión de mamas.
- ▶ Orientación sobre la importancia de acudir a consulta de odontología.
- ▶ Orientación y educación sobre la aplicación de insulina en pacientes diabéticas.
- ▶ Orientación y educación en la toma y registro de glucemia capilar en pacientes diabéticas
- ▶ Orientación y educación en la importancia de la ingesta de medicamentos acorde a horario de acuerdo a la patología existente.
- ▶ Orientación y consejería sobre las medidas preventivas para cualquier infección de transmisión sexual y resaltar la importancia de su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.
- ▶ Orientación sobre la importancia del apego al manejo clínico y acudir a sus consultas oportunamente.

En el segundo nivel los médicos gineco-obstetras serán responsables de la aplicación del instrumento para valoración de riesgo pregestacional, y de continuar el manejo multidisciplinario derivando a los servicios que se requieran para el manejo integral y efectivo de los factores de riesgo coordinando las acciones de todos los involucrados. Orientar sobre la utilización de métodos de planificación familiar y en caso de no desear embarazo referir al servicio de planificación familiar y a los servicios correspondientes para su manejo.

Una vez identificado el riesgo y si la paciente desea embarazo, se derivará al servicio requerido para manejo y control y se orientará sobre la utilización de métodos de planificación familiar, en caso de no desear embarazo se derivará al servicio de planificación familiar y a los servicios correspondientes para control y manejo apegados a guías de práctica clínica y normativa.

En caso de que la paciente presente factores de riesgo evaluados como no corregibles en el segundo nivel de atención por la gravedad de los mismos o por falta de respuesta al manejo establecido, se referirá al tercer nivel de atención previa atención y consejería sobre metodología anticonceptiva.

3.3.- TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. Tamizaje y clasificación

Las unidades del tercer nivel de atención, cuentan con las áreas de consulta de alta especialidad o subespecialidades y se deberán buscar en éstas a las mujeres en edad reproductiva que estén acudiendo a dicha consulta por alguna patología de base de los grupos que se han determinado. El tamizaje, además de identificar a las pacientes portadoras de patología y en edad reproductiva, deberán identificar claramente a las no usuarias de método anticonceptivo de alta seguridad y eficacia.

Una vez que se han tamizado a estas pacientes, se deberán orientar para recibir atención pregestacional, donde se les identificará y clasificará como alto riesgo reproductivo; la asesoría-consejería relacionada con metodología anticonceptiva es prioritaria, para buscar la utilización de métodos de alta seguridad y eficacia, agregándose el identificador de duración.

Un alto porcentaje de estas pacientes tienen patologías con nivel de gravedad mayor y futuro incierto. La propuesta es control anticonceptivo y aseguramiento de la patología de base en control.

No se puede perder de vista que habrá pacientes que deseen embarazarse y para ello el apego estricto a los manejos será prioritario.

B. Evaluación y atención integral

La evaluación integral de la paciente con patologías de base de larga duración, o de alta complejidad corresponde al tercer nivel de atención, se realizará en las pacientes identificadas por ellos mismos en su tamizaje, o por las pacientes que son referidas del segundo nivel de atención para su manejo integral.

La evaluación de la patología, deberá determinar la factibilidad o no de otorgar consejería relacionada con el hecho de buscar intencionadamente un embarazo.

La orientación específica de la asesoría-consejería, deberá estar básicamente en la utilización de métodos anticonceptivos de alta seguridad y eficacia y que además brinde protección a largo plazo. Una paciente que cumple con los requisitos para ser considerada en este grupo de riesgo, tiene de base una patología con complicaciones existentes o futuras que ponen en riesgo la función o la vida de la paciente en caso de someterse al evento que supone la gestación, (por ejemplo, las patologías neoplásicas o infecciosas crónicas como el SIDA o la tuberculosis). La orientación y comunicación con la paciente y su familia deberá estar orientada a desalentar la búsqueda de una gestación, más que a prepararla para tal evento.

El cuidado pregestacional puede contribuir a reducir el riesgo de trastornos genéticos y exposición ambiental, la reducción de la mortalidad materna e infantil, y mejorar la salud de la madre. Tiene también efectos potenciales para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en otras áreas de la salud pública, como la nutrición, la infertilidad, la salud mental, la violencia sexual y el uso y/o abuso de sustancias. Para el caso de la atención pregestacional, las intervenciones cuentan con una serie de recursos algunos de carácter normativo y cumplimiento obligatorio y otros de carácter consultivo avalados por la mejor evidencia disponible. Las intervenciones se refieren a los esfuerzos para modificar o eliminar factores de riesgo. Un factor de riesgo en relación con el estilo de vida puede ser cambiado, aunque puede considerar un esfuerzo.

En el supuesto, que la paciente se encuentra en condiciones de hacer posible una gestación y ese es su deseo, el médico de la especialidad de tratamiento base, establecerá la comunicación con el servicio de Medicina Materno Fetal/ Perinatología, para propiciar conjuntamente el inicio de la gestación. (Anexo 4.- Tablas de riesgos y recomendaciones de intervención)

C. Actividades del personal de salud para la Atención Pregestacional

El personal de salud realizará sesiones educativas, talleres, información y orientación a adolescentes, mujeres y hombres en edad fértil para la mejora continua de sus conocimientos, valores, actitudes, conductas sexuales y reproductivas, así como incentivar a la detección precoz y el tratamiento oportuno de enfermedades, planificación familiar, y el registro y control de las acciones en las Cartillas Nacionales de Salud correspondientes

La enfermera será la responsable de:

- ▶ Toma y registro de peso, talla y medición de cintura para el cálculo de índice de masa corporal y valoración del estado nutricional, en caso de anemia u obesidad; se referirán al nutriólogo para manejo de acuerdo a NOM's y a guías de práctica clínica.
- ▶ Toma y registro de signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial.
- ▶ Sensibilizará y dará consejería a la mujer en edad reproductiva de la importancia de mantener la patología crónica en control previo al embarazo.
- ▶ Sensibilizará y dará consejería a la mujer en edad reproductiva de los riesgos de la patología existente aunada al embarazo.
- ▶ De acuerdo a riesgo reproductivo se darán indicaciones y consejería específica de acuerdo a patología, realizando actividades apegadas a indicación médica, normativa oficial y guías de práctica clínica.

El médico Gineco-obstetra/ Médico tratante será el responsable de:

- ▶ Recepción y derivación a los servicios correspondientes de pacientes referidas del segundo nivel de atención con riesgo pregestacional.
- ▶ Aplicación del instrumento para valoración de riesgo pregestacional a pacientes cautivas.
- ▶ Una vez identificado el riesgo y si la paciente desea embarazo, se derivará al servicio requerido para manejo y control.
- ▶ Orientar sobre la utilización de métodos de planificación familiar, en caso de no desear embarazo se derivará al servicio de planificación familiar y a los servicios correspondientes para control y manejo apegados a guías de práctica clínica y normativa.

VII.- EVALUACIÓN Y MONITOREO

La parte final del proceso de implementación de la atención pregestacional en este modelo, es la evaluación y monitoreo, con ello se pretende realizar una vigilancia indirecta de los avances del programa, pero al mismo tiempo medir la magnitud del problema al que nos enfrentamos en relación a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, tomando en consideración los resultados recientes que muestran un descenso de las principales causas directas de mortalidad y una pobre modificación de las causas indirectas, con lo que los resultados comparativos hoy muestran un mayor porcentaje de éstas últimas.

La evaluación se realiza a través de mediciones e indicadores obtenidos de las mismas, y tiene por objetivo identificar los grupos a los que irá focalizada la atención pregestacional.

- ▶ Porcentaje de pacientes tamizadas de los grupos cautivos en relación al total de mujeres en edad reproductiva en los grupos cautivos.
- ▶ Porcentaje de pacientes con patología crónica órgano-funcional en relación al total de pacientes tamizadas.
- ▶ Porcentaje de pacientes con patología crónica órgano-funcional usuarias de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con patología crónica órgano-funcional NO usuarias de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con patología crónica infecciosa en relación al total de pacientes tamizadas.
- ▶ Porcentaje de pacientes con patología crónica infecciosa usuaria de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con patología crónica infecciosa NO usuaria de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con antecedente de morbilidad materna severa en relación al total de pacientes tamizadas.
- ▶ Porcentaje de pacientes con antecedente de morbilidad materna severa usuaria de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con antecedente de morbilidad materna severa NO usuaria de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con factores socioculturales determinantes de patología en relación al total de pacientes tamizadas.
- ▶ Porcentaje de pacientes con factores socioculturales determinantes de patología usuaria de metodología anticonceptiva.
- ▶ Porcentaje de pacientes con factores socioculturales determinantes de patología NO usuaria de metodología anticonceptiva. (Anexo 3.- Fichas técnicas de indicadores)

VIII.- INFRAESTRUCTURA

► Mobiliario

- Asiento para el médico
- Asiento para el paciente y acompañante
- Asiento para el médico en la exploración del paciente
- Banqueta de altura o similar
- Báscula con estadímetro
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico-infecciosos, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes
- Guarda de medicamentos, materiales o instrumental
- Mesa de exploración con pierneras
- Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable
- Mueble para escribir
- Sistema para guarda de expedientes clínicos

► Equipo

- Esfigmomanómetro mercurial, anerode o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal
- Estetoscopio biauricular
- Estetoscopio Pinard
- Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)
- Lámpara con haz direccionable
- Negatoscopio

► Instrumental

- Caja con tapa para soluciones desinfectantes
- Espejos vaginales chicos, medianos y grandes (opcional)
- Mango para bisturí
- Martillo percusor
- Pinza de anillos

- Pinza de disección con dientes y sin dientes
- Pinza tipo mosquito
- Pinza para sujetar cuello de matriz (opcional)
- Pinza curva
- Porta-agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas
- Riñón de 250 ml o de mayor capacidad
- Tijera recta
- Torundero con tapa
- Cinta métrica
- Termómetro clínico

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna, Nota descriptiva 348. Ginebra : OMS, 2015.
2. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Say L, Chou D, Gemmil A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkalema L. s.l. : Lancet Glob Health, 2014, Vol. Jun 2 .
3. WHO analysis of causes of maternal death: a systemic review. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF,. s.l. : Lancet, 2006, Vol. 367.
4. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. Duley L. 7, Londres : Br J Obstet Gynaecol, 1992, Vol. 99.
5. Global, regional, and national levels and causes of materna mortality during 1990-2013. Kassebaum., Nicolas J. s.l. : Lancet, 2014, Vol. 384.
6. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra : OMS, 2015.
7. Reclassifying causes of obstetrics death in Mexico: a repeated crossectional study. Margaret C Hogan, Blani Saavedra-Avendano, Blair G Darney, Luis M Torres-Palacios, Ana L Rhenals-Osorio, Bertha L Vazquez Sierra, Patricia N Soliz-Sanchez, Emmanuela Gakidoua, Rafael Lozano. Ginebra : Bull World Health Organ, 2016, Vol. 94.
8. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Materna and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. Chaves Sda C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, Zhang J, Jayaratne K, Togoobaatar G, Pileggi-Castro C, Bohren M, Vogel JP, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Souza JP. Panama : Rev Panam, 2015, Vol. 37.
9. Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México: el efecto en la distribución de las causas. Luis Manuel Torres, MD, Ana Luisa Rhenals, MD, Aline Jiménez, M en Est, Dolores Ramírez-Villalobos, MSc, Rocío Urióstegui, MD, Miriam Piña, MD, Humberto Rocha, Biol. 4, México : Salud Pública de México, 2014, Vol. 56.
10. Dirección General de Información en Salud. 10. Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México. Informe 2012-2013. México : Secretaria de Salud, 2015.
11. WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. Limbiganon P, Laopaiboon M, Intarut N, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, Mori R. Londres : BJGO, 2014, Vol. 121 Suppl 1.
12. Organización Mundial de la Salud. Report of a regional expert group consultation. New Delhi : OMS, 2013.
13. Reproductive Life Planning and Preconception Care 2015: Attitudes of English-Speaking Family Plannign Patients. Anita L. Nelson, Salma Shabak, MD, Pamela Xandre, DNP, WHNP, FNP, and Joseph Y. Awaida. s.l. : JOURNAL OF WOMENS HEALT, 2016.

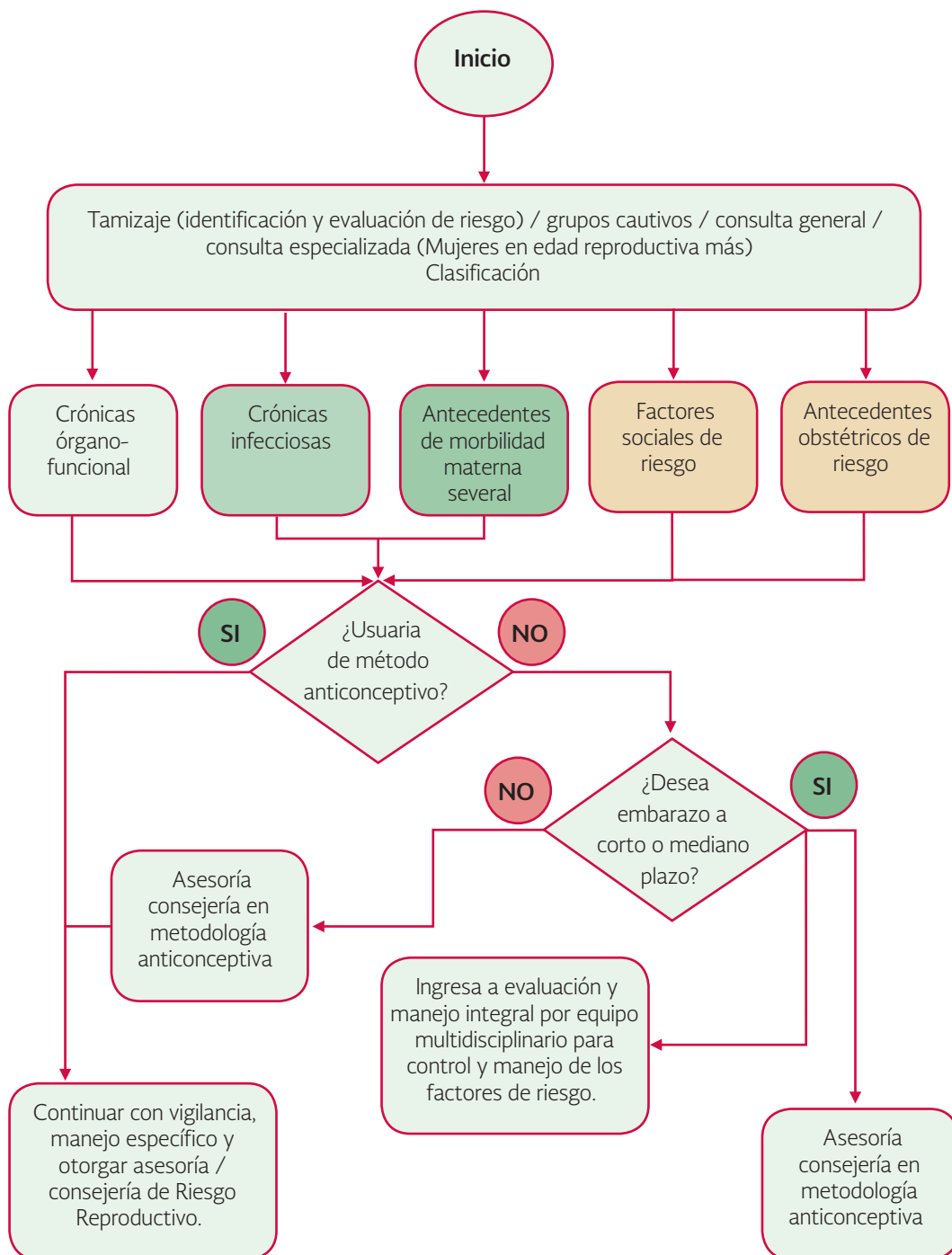
14. Center for Disease Control and Prevention. Caring for our future: the content of prenatal care: a report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington : CDC. Public Health Service, 1989.
15. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnel J, Johnson K. Suppl 2, s.l. : Am J Obstet Gynecol, 2008, Vol. 199.
16. A National Action Plan for Promoting Preconception Health and Health Care in the United States (2012-2014). R. Louise Floyd, DSN, MSN, RN, Kay A. Johnson, MPH, EdM, Jasmine R. Owens, MPH, CHES, Sarah Verbiest, DrPH, MPH, MSW, Cynthia A. Moore, MD, PhD, and Coleen Boyle, PhD, MS. 10, s.l. : J Womens Health, 2013, Vol. 22.
17. Preconception care: nutritional risks and interventions. . Dean Sohni V, Lassi Zohra S, Imam Ayesha M, Bhutta Zulfiqar. Suppl 3, Karachi : Reproductive Health, 2014, Vol. 11.
18. Preconception care. Practice and beliefs of primary care workers. Heyes Tom, Long Sarah, Mathers Nigel. Sheffield : Family Practice, 2004, Vol. 21.
19. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? . Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, Sankar JM. Toronto : Lancet, 2014, Vol. 384.
20. Preconception care for diabetic women for improving materna and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. . Wahabi Hayfaa A, Alzeidan Rasmeia A, Bawazeer Ghada A, Alansari Lubna A, Esmaeil Smia A. Riyadh : BMC Pregnancy and Chilbirth, Vol. 20.
21. Morbidity and Mortality Weekly Report. Core state preconceptional health indicators – pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. Center for Disease Control and Prevention. 25, Atlanta : CDC, 2014, Vol. Abril.
22. Recommendations for Preconception Counseling and Care. . Marges Farahi, MD, and Adam Zolotor, MD, DrPH. s.l. : American Family Phisician, 2013.
23. Preconception care: delivery strategies and packages for care. . Lassi Zohra S, Dean Sohni V, Mallick Dania, Bhutta Zufiqar A. 57(Suppl 3) , Karachi : Reproductive Health, 2014, Vol. 11.
24. Preconception care: advancing from 'important to do and can be done' to 'is being done and is making a difference'. Mason Elizabeth, Chandra-Mouli Venkatraman, Baltag Valentina, Christiansen Charlotte, Lassi Zohra, Bhutta Zulfiqar A. 58 (Suppl3), Ginebra : Reproductive Health, 2014, Vol. 11.
25. Preconception care: promoting reproductive planning. Dean Sohni V, Lassi Zohra S, Imam Ayecha M, Bhutta Zulfiqar A. (Suppl 3):52, , Karachi : Reproductive Healt, 2014, Vol. 11.
26. Countdown to 2015, maternal, newborn and child survival. World Health Organization. . Geneve : OMS UNICEF, 2012.
27. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la salud contra las infecciones de transmision sexual 2016 - 2021. Ginebra : OMS/WHO, 2016.
28. Guía para la promoción del enfoque preconcepcional en los servicios de salud. Orientaciones para el personal de salud. OMS,OPS. 2016.

29. World Health Organization Headquarters. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity. Geneva, 6–7 February 2012. Meeting : OMS, 2012.
30. Edgar Iván Ortiz L., María Cecilia Arturo, Virna Patricia Medina. Protocolo de Atención Preconcepcional. . Bogotá : Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014.
31. Censida. . VIH/SIDA en México 2012. México : Secretaría de Salud, 2012.
32. Secretaria de Salud. . Guía Práctica para la atención de la Tuberculosis en niños, niñas y adolescentes. s.l. : (Internet). SSA. (revisado el 24 Junio 2016). Disponible en: web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/.../guia_pediaticaultimo.
33. Preconception care: “VITAL MOM” -a guide for the primary care provider. Konchak, P. s.l. : Journal of the American Osteopathic Association, 2001, Vols. (101) 2, s1-s9.
34. Programa de violencia contra las mujeres. ENDIREH 2006. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México : s.n., 2007.
35. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006. . Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México : CNEGSR, 2009.
36. Epigenética nutricional: una pieza clave en el rompecabezas de la obesidad. Cordero P, Milagro FI, Campion J, Martínez JA. s.l. : Rev Esp Obes, 2010, Vol. 8.
37. Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. García R, Ayala PA, Perdomo SP. 1, s.l. : Rev. Cienc. Salud, 2012, Vol. 10.
38. Epigenética en obesidad y diabetes tipo 2: papel de la nutrición, limitaciones y futuras aplicaciones. Fermin I, Milagro Y, J Alfredo Martínez. 3, s.l. : Rev Chil Endocrinol Diabetes, 2013, Vol. 6.
39. Mecanismos transgeneracionales en el desarrollo de enfermedades metabólicas. Elena., Zambrano. 1, s.l. : Revista de Investigación Clínica, 2009, Vol. 61.
40. Epidemiología epigenética: el renacimiento de la herencia "blanda". Maark A. Hanson, Felicia M. Low, Peter D. Gluckman. suppl 1, s.l. : Ann Nutr Metabol, 2011, Vol. 58.
41. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. Sánchez-Muñiz F.J., Gesteiro E, Espárrago Rodilla M, Rodríguez Bernal B y Bastida S. 2, s.l. : Nutr Hosp, 2013, Vol. 28.
42. Conceptos generales de epigenética: proyecciones en pediatría. Krause Bernardo J, Castro-Rodríguez José A, Uauy Ricardo y Casanello Paola. 1, s.l. : Rev Chil Pediatr, 2016, Vol. 87.
43. Restricción del crecimiento fetal, epigenética y transmisión transgeneracional de las enfermedades crónicas y la pobreza. Leonel Briozzo, Francisco Coppola, Juan Pablo Gesuelle, Giselle Tomasso. Montevideo : Horizonte Médico, 2013, Vol. 13.
44. La importancia de la comunicación en la promoción de la salud. Beltrán, Luis Ramiro. La Paz : Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación, 1995.

45. Salud pública y comunicación social. Beltrán, Luis Ramiro. La Paz : Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación, 1995.
46. Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias. Mosquera, Mario. Bogotá : Organización Panamericana de la Salud, 2003.
47. Ministerio de Salud. Estrategia de información, educación y comunicación en el abordaje de las ITS y VIH. San Salvador : Organización Panamericana de mercadeo social, 2012.

ANEXOS

1.- Flujograma de Atención Pregestacional



2.- Tamizaje de Atención Pregestacional

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____:____ No. Expediente: _____ J.S. _____

Delegación: _____

Microrred: _____ Unidad Médica: _____

Núcleo Básico: _____



FECHA DE IDENTIFICACIÓN				
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	Fecha de Nacimiento:	Edad:
			/ /	
Escolaridad	Sabe leer y escribir:	Estado Civil:	Derechohabencia:	Calle y No. de Residencia:
Colonia, Municipio de Residencia:	Número de Teléfono / Celular:		Diagnóstico de patología de base:	

I.- PATOLOGÍA ORGANO-FUNCIONAL						
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus tipo 1	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía valvular adquirida	<input type="checkbox"/>	Otras endocrinopatías	 
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus tipo 2	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica adquirida	<input type="checkbox"/>	Neuropatías	
<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial crónica	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	Enfermedades tromboembólicas	
<input type="checkbox"/>	Obesidad (IMC mayor a 30)	<input type="checkbox"/>	Colagenopatía	<input type="checkbox"/>	Enfermedades hemorrágicas	
<input type="checkbox"/>	Síndrome metabólico	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la circulación	
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía congénita resuelta	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática	
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía congénita no resuelta	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	Miomatosis uterina	
<input type="checkbox"/>	Patología neoplásica ginecológica	<input type="checkbox"/>	Patología neoplásica no ginecológica	<input type="checkbox"/>	Enfermedades onco hematológicas	



II.- PATOLOGÍA INFECCIOSA CRÓNICA

	VIH POSITIVA (infección por VIH)		SIDA DIAGNÓSTICADA		VHB		
	TUBERCULOSIS		VDRL POSITIVA				



IV.- FACTORES SOCIALES DE RIESGO

	ADICCIÓN A HEROÍNA		ADICCIÓN A COCAÍNA		ADICCIÓN A INHALANTES		
	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR POSITIVA						

V.- OTROS ANTECEDENTES DE RIESGO

	DOS O MAS CESÁREAS		DOS O MAS ABORTOS		PERIODO INTERGENÉSICO CORTO CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR		
	EDAD DE 35 AÑOS O MAS						

VI.- USUARIA DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR/ESTERILIDAD

	DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE		DISPOSITIVO INTRAUTERINO MEDICADO		IMPLANTE SUBDÉRMICO		
	OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL		HISTERECTOMÍA		HORMONALES DE DEPÓSITO (INYECTABLE)		

VII.- ¿DESEA EMBARAZO A MEDIANO O CORTO PLAZO?

	SI		NO				
--	----	--	----	--	--	--	---

INSTRUCTIVO

SE APLICARÁ EL INSTRUMENTO A TODA MUJER QUE SE ENCUENTRE EN EDAD REPRODUCTIVA DE 12 A 49 AÑOS.

(Este formato de Tamiz de Atención Pregestacional, se aplicará en las Instituciones, que no tengan herramientas electrónicas o manuales para valorar el riesgo reproductivo)

Se recomienda realizar el registro con letra clara y legible.

El instrumento cuenta con cuatro apartados los cuales se presentan de la siguiente manera:

A) DATOS DE LA UNIDAD

Se registrarán datos específicos de la localidad donde habita la paciente.

- ▶ Registre fecha del día en el que se elabora el instrumento iniciando por día, mes y año (dd/mm/aaaa).
- ▶ Registre hora en la que se elabora el instrumento.
- ▶ Anote número de registro de la paciente.
- ▶ Registre Jurisdicción a la que pertenece la paciente.
- ▶ Registre Delegación a la que pertenece la paciente.
- ▶ Registre Microred a la que pertenece.
- ▶ Registre unidad médica a la que pertenece.
- ▶ Registre núcleo básico al cual pertenece.

B) FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Se registrarán datos personales de la paciente.

- ▶ Registre nombre completo iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombres.
- ▶ Registre fecha de nacimiento iniciando por día, mes y año (dd/mm/aaaa)
- ▶ Registre edad en años cumplidos.
- ▶ Registre escolaridad (ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado, especialidad.)
- ▶ ¿Sabe leer y escribir?

- ▶ Registre Estado civil (soltera, separada, casada, unión libre, divorciada, viuda)
- ▶ Registre Derechohabiencia (SSA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, etc.)
- ▶ Registre domicilio de paciente iniciando por calle y número de residencia.
- ▶ Registre colonia y municipio de residencia.
- ▶ Registre número telefónico donde se localice a la paciente.
- ▶ Registre diagnóstico de patología de base.

C) IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

- ▶ Se registrará riesgo de acuerdo a grupo valorado (I.-patología órgano-funcional, II.-patología infecciosa crónica, III.- antecedente de morbilidad materna severa, IV.- factores sociales de riesgo, V.- otros antecedentes de riesgo), VI.- usuaria de método de planificación familiar, VII.- deseo de embarazo.
- ▶ Coloque una cruz en el espacio en blanco; si su paciente presenta alguna patología crónica órgano funcional: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, hipertensión arterial crónica, obesidad (paciente con IMC mayor a 30), síndrome metabólico, cardiopatía congénita resuelta, cardiopatía congénita no resuelta, cardiopatía valvular adquirida, cardiopatía isquémica adquirida, nefropatía, colagenopatía, hipertiroidismo, hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico, otras endocrinopatías, neuropatías como: enfermedades convulsivas, enfermedades tromboembólicas, enfermedades hemorrágicas, trastornos de la circulación, insuficiencia hepática, miomatosis uterina, patología neoplásica ginecológica, patología neoplásica no ginecológica, queda en blanco dos renglones para registrar alguna patología órgano funcional no considerada en el instrumento.
- ▶ Coloque una cruz en el espacio en blanco; si su paciente presenta alguna patología crónica infecciosa: VIH positiva, SIDA, Virus de hepatitis B, Tuberculosis, VDRL.
- ▶ Coloque una cruz en el espacio en blanco; si su paciente presenta antecedente de morbilidad materna severa como: Preeclampsia severa, síndrome de Hellp, eclampsia, enfermedad hipertensiva de repetición, hemorragia obstétrica, ingreso a la terapia intensiva en alguno de sus embarazos anteriores, curso con insuficiencia orgánica en alguno de sus embarazos anteriores, sepsis puerperal, transfusión masiva (más de cinco paquetes).
- ▶ Coloque una cruz en el espacio en blanco; si su paciente presenta alguno de los siguientes factores sociales de riesgo: adicción a heroína, cocaína y sus derivados e inhalantes, violencia intrafamiliar.
- ▶ Coloque una cruz en el espacio en blanco; si su paciente presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: antecedente de dos o más cesáreas, antecedente de dos o más abortos, periodo intergenésico corto (menor a dos años) con antecedente de cesárea anterior, edad

mayor 35, queda en blanco dos renglones para registrar algún otro factor de riesgo no considerada en el instrumento.

- ▶ Pregunte si su paciente utiliza algún método de planificación familiar o esterilidad: dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino medicado, implante subdérmico, oclusión tubaria bilateral, histerectomía, hormonales de depósito (inyectable).
- ▶ Pregunte si su paciente desea embarazarse en el próximo año y registre en sí o no según sea el caso.

D) VALORACIÓN SIMBÓLICA DEL RIESGO OBSTÉTRICO

- ▶ Esta valoración nos permitirá observar fácilmente el riesgo al que está expuesto la paciente, es decir que mientras más caritas tristes se encuentren, el riesgo será mayor y por lo tanto la atención deberá ser más individualizada.
- ▶ Esta valoración se llevará a cabo en cada uno de los apartados a registrar y se manejará de la siguiente manera:
- ▶ En caso de encontrar patología órgano funcional presente, se colocará una cruz en la carita triste, en caso de no encontrar ninguna de estas se registrará una cruz en la carita feliz.
- ▶ En caso de encontrar patología infecciosa crónica presente, se colocará una cruz en la carita triste, en caso de no encontrar ninguna de estas se registrará una cruz en la carita feliz.
- ▶ En caso de encontrar antecedente de morbilidad materna severa presente, se colocará una cruz en la carita triste, en caso de no encontrar ninguno de estos se registrará una cruz en la carita feliz.
- ▶ En caso de encontrar factores sociales de riesgo presentes, se colocará una cruz en la carita triste, en caso de no encontrar ninguno de estos se registrará una cruz en la carita feliz.
- ▶ En caso de encontrar otros antecedentes de riesgo presentes, se colocará una cruz en la carita triste, en caso de no encontrar ninguno de estos se registrará una cruz en la carita feliz.
- ▶ En caso de que la paciente utilice método de planificación familiar de larga duración, se cruzará la carita feliz y en caso de no ser usuaria de ningún método o usuaria de método de corta duración, se colocará una cruz en la carita triste.
- ▶ En caso de que la paciente desee embarazo se cruzará la carita triste y en caso de que la paciente no desee embarazo se cruzará la carita feliz.

3.- Fichas Técnicas de Indicadores

Ficha de Indicador 1.- Patología crónica órgano funcional	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con patología órgano funcional
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar una patología órgano funcional
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con patología órgano funcional, del total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con patología órgano funcional}}{\text{Total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo elevado por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 1.1- Patología crónica órgano funcional con AC	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con patología órgano funcional que cuentan con anticoncepción a largo plazo.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen un riesgo reproductivo por no contar con anticoncepción a largo plazo.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con patología órgano funcional que cuentan con anticoncepción a largo plazo.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con patología órgano funcional usuaria de AC largo plazo}}{\text{Total de pacientes detectadas con patología órgano funcional por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 1.2- Patología crónica órgano funcional	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con hipertensión.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar hipertensión
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con hipertensión del total de pacientes con patología órgano funcional.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes en edad reproductiva con hipertensión.}}{\text{Total de pacientes con patología órgano funcional por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 1.3- Patología crónica órgano funcional	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con diabetes.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar diabetes
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con diabetes del total de pacientes con patología órgano funcional.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes en edad reproductiva con diabetes.}}{\text{Total de pacientes con patología órgano funcional por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 1.4- Patología crónica órgano funcional	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con algún tipo de cáncer.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar algún tipo de cáncer.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con algún tipo de cáncer del total de pacientes con patología órgano funcional.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes en edad reproductiva con algún tipo de cáncer.}}{\text{Total de pacientes con patología órgano funcional por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 1.5- Patología crónica órgano funcional	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con obesidad mórbida.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar obesidad mórbida.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que padecen obesidad mórbida del total de pacientes con patología órgano funcional.
Observaciones	Total de pacientes en edad reproductiva con obesidad mórbida. <hr/> Total de pacientes con patología órgano funcional por cien.
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 2.- Patología crónica infecciosa	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que padecen una patología crónica infecciosa.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar una patología crónica infecciosa.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con patología crónica infecciosa, del total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo.
Observaciones	Total de pacientes con patología crónica infecciosa detectada <hr/> Total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo elevado por cien.
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 2.1. Patología crónica órgano funcional con AC	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con patología crónica infecciosa que cuentan con anticoncepción a largo plazo.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen un riesgo reproductivo por no contar con anticoncepción a largo plazo.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con patología crónica infecciosa que cuentan con anticoncepción a largo plazo.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con patología crónica infecciosa usuaria de AC largo plazo}}{\text{Total de pacientes detectadas con patología crónica infecciosa por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 2.2- Patología crónica infecciosa	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que presentan diagnóstico de SIDA.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar diagnóstico de SIDA.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con diagnóstico de SIDA, del total de pacientes con patología crónica infecciosa
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes en edad reproductiva con diagnóstico de SIDA}}{\text{Total de pacientes con patología crónica infecciosa detectada}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 2.2- Patología crónica infecciosa	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que presentan diagnóstico de tuberculosis.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar diagnóstico de tuberculosis.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, del total de pacientes con patología crónica infecciosa
Observaciones	Total de pacientes en edad reproductiva con diagnóstico de tuberculosis <hr/> Total de pacientes con patología crónica infecciosa detectada
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 3. Antecedentes de morbilidad obstétrica severa.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que cuentan con antecedente de morbilidad obstétrica severa
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar antecedente de morbilidad obstétrica severa.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa, del total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo.
Observaciones	Total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa. <hr/> Total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo elevado por cien.
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 3.1. Antecedentes de morbilidad obstétrica severa.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva con antecedentes de morbilidad obstétrica severa que cuentan con anticoncepción a largo plazo.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen un riesgo reproductivo por no contar con anticoncepción a largo plazo.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa que cuenta con anticoncepción a largo plazo.
Observaciones	<p>Total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa usuaria de AC largo plazo</p> <hr/> <p>Total de pacientes detectadas con antecedente de morbilidad obstétrica severa por cien.</p>
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 3.2. Antecedentes de morbilidad obstétrica severa.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que cuentan con antecedente de preeclampsia/eclampsia en embarazos previos.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por contar con antecedente de preeclampsia/eclampsia en embarazo previos.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen el antecedente de preeclampsia/eclampsia en embarazos previos, del total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa.
Observaciones	<p>Total de pacientes con antecedente de preeclampsia/eclampsia.</p> <hr/> <p>Total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa por cien</p>
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 3.3. Antecedentes de morbilidad obstétrica severa.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que cuentan con antecedente de hemorragia obstétrica en embarazos previos.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por contar con antecedente de hemorragia obstétrica en embarazo previos.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen el antecedente de hemorragia obstétrica en embarazos previos, del total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con antecedente de hemorragia obstétrica.}}{\text{Total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa por cien}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 4. Determinantes sicosociales negativas.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que cuentan con una determinante sicosocial negativa.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por presentar una determinante sicosocial negativa.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con determinantes sicosociales negativas, del total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con alguna determinante sicosocial negativa.}}{\text{Total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo elevado por cien.}}$
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 4.1- Determinantes sicosociales negativas.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que cuentan con alguna determinante sicosocial negativa y que tienen anticoncepción a largo plazo.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen un riesgo reproductivo por no contar con anticoncepción a largo plazo.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes en edad reproductiva con alguna determinante sicosocial negativa que cuenta con anticoncepción a largo plazo.
Observaciones	<p>Total de pacientes con antecedente de morbilidad obstétrica severa usuaria de AC largo plazo</p> <p>_____</p> <p>Total de pacientes detectadas con antecedente de morbilidad obstétrica severa por cien.</p>
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 5. Antecedentes obstétricos de riesgo.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que cuentan con una cesárea previa.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por tener antecedente de cesárea.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con cesárea previa, del total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo.
Observaciones	<p>Total de pacientes con cesárea previa.</p> <p>_____</p> <p>Total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo elevado por cien.</p>
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

Ficha de Indicador 6. Antecedentes obstétricos de riesgo.	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes en edad reproductiva que tienen una edad mayor o igual a 35 años.
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes en riesgo de muerte materna por tener una edad mayor o igual a 35 años de edad.
Descripción general	Mide el porcentaje de pacientes con edad mayor o igual a 35 años, del total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo.
Observaciones	Total de pacientes con una edad mayor o igual a 35 años de edad. <hr/> Total de pacientes tamizadas con riesgo reproductivo elevado por cien.
Periodicidad	Mensual, semestral
Fuente	Censos de mujeres en edad reproductiva en CS

4.- Tablas de Riesgos y Recomendaciones de Intervención

Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Ingesta prolongada de suplementos dietéticos	Se han reportado efectos adversos del más del 10% en pacientes con ingesta prolongada de suplementos dietéticos. Algunas hierbas medicinales que se utilizan para la pérdida de peso (que contienen ephedra) se han asociado a la presencia de malformaciones congénitas	Interrogar a las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta de suplementos considerados dietéticos (medicaciones, hierbas, etc.) y medicaciones utilizadas para la pérdida de peso. <ul style="list-style-type: none">• Analizar los productos que se consumen e informar qué evidencia existe sobre los efectos asociados al uso de estas medicaciones (GRC NEIII).
Ingesta de dosis elevadas de vitamina a	Existe alguna evidencia acerca de que dosis mayores a 10.000 UI/ día son teratogénicas y se asociarían con defectos neurológicos y craneales.	Mantener una dieta diaria de vitamina A que sea de 700 equivalentes de retinol por día, con un límite superior de 3.000 equivalentes de retinol por día (o 10.000 IU/día) (GRB – NE Ia)
Deficiencia de vitamina d	La deficiencia de vitamina D se ha asociado con un bajo incremento ponderal materno, alteraciones bioquímicas de la homeostasis esquelética infantil, disminución de la mineralización ósea y fracturas.	No existe evidencia suficiente para recomendar el tamizaje o suplementación durante el periodo pregestacional. <ul style="list-style-type: none">• Los clínicos deben identificar pacientes de riesgo para deficiencia de vitamina D• El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda un consumo diario de 600-800 IU. (GRB – NE Ib)
Deficiencia de calcio	De no contar con depósitos adecuados de calcio previo al embarazo, los huesos maternos pueden ser degradados por extracción hacia el feto.	<ul style="list-style-type: none">• Aconsejar a las mujeres en edad reproductiva sobre la ingesta o suplemento para lograr un ingreso adecuado de calcio.• Indicar suplementación si la ingesta en la dieta es baja. (GRA – NE Ib)

Deficiencia de ácidos grasos esenciales	La evidencia no es clara sobre los efectos de los ácidos grasos esenciales durante el embarazo. Algunos estudios epidemiológicos demuestran beneficio en algunos resultados perinatales como prematuridad	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a las mujeres en periodo pregestacional para que ingieran dietas ricas en ácidos grasos esenciales incluyendo omega 3 y omega 6 (GRB – NE Ib)
Deficiencia de iodo	La ingesta inadecuada de iodo y la disminución de hormona tiroidea puede llevar a una serie de alteraciones como el aborto, muerte fetal, retardo mental, cretinismo, incremento de la mortalidad neonatal e hipotiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a las mujeres en edad reproductiva con deficiencia de iodo sobre los riesgos de esta condición para los resultados perinatales. • Realizar una ingesta en la dieta diaria de 150 mg iodo. • Implementar programas de suplementación con sales iodadas en regiones endémicas con deficiencia de iodo (GRA – NE II2)
Sobrepeso	Se define con un índice de masa corporal (imc) igual o mayor de 30 kg/m ² y en la embarazada se asocia con resultados maternos y perinatales adversos como abortos, muerte fetal, defecto del tubo neural, prematuridad, diabetes gestacional, hipertensión, desórdenes tromboembólicos, macrosomía, bajo puntaje de apgar, anemia, cesárea y distocia de hombros.	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular el IMC a cada mujer para evaluar su estado nutricional. • Asesorar sobre los potenciales riesgos y patologías asociadas, incluido los riesgos obstétricos y perinatales. Si el IMC es igual o superior a 25 kg/m², remitir a valoración por nutricionista. • Estimular el ingreso a programas multifacéticos que incorporen dietas, restricción calórica y ejercicio físico (GRA – NEIB).
Bajo peso	IMC menor de 18,5 kg/m ² se ha asociado con osteoporosis, amenorrea e infertilidad, e incluso con un exceso de mortalidad en la población. Durante el embarazo se ha asociado con bajo peso al nacer, prematuridad y un incremento de gastroquiasis.	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar sobre los potenciales riesgos a corto y largo plazo, a las mujeres en edad reproductiva con 18,5 kg/m² o menos. • Realizar evaluación sobre desórdenes de alimentación a pacientes con IMC de 18,5 kg/m² o inferiores (GRA – NE III). • Remitir a valoración por nutricionista.

Antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso	<p>Algunos estudios informan tasas más altas de cesárea, así como ruptura prematura de membranas (RPM), inducción del parto y macrosomía fetal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogar a las mujeres en edad reproductiva por el antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso; se debe definir el tipo y tiempo de la cirugía realizada, los suplementos que recibe la mujer y determinar su estado nutricional actual. • 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 siempre por nutricionista. • El colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda retrasar el embarazo entre 12 a 18 meses después de realizada la intervención. (GRA – NE Ib)
Alteraciones alimenticias: anorexia nerviosa y bulimia	<p>Las mujeres con desórdenes alimenticios, como anorexia nerviosa y bulimia tienen mayor probabilidad de abortos, bajo peso del niño al nacer, complicaciones obstétricas y depresión postparto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el futuro reproductivo y aconsejar el ingreso a programas de intervención antes del embarazo, a todas las mujeres detectadas con anorexia o bulimia (GRA – NE III). • Remitir a valoración y tratamiento por un equipo multidisciplinario, liderado por psiquiatra
Deficiencia de actividad física	<p>En cuanto al ejercicio pregestacional y los beneficios relacionados con el futuro embarazo, no existe evidencia científica de buena calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar la actividad física y el ejercicio habitual para mantener el buen estado físico de la mujer. (GRC – NEII2)

Condiciones patológicas preexistentes

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Diabetes mellitus	La hiperglucemia aumenta 3-5 veces las malformaciones congénitas	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar sobre la importancia del control de la diabetes para el embarazo. • Optimizar el control de la glucemia y el monitoreo. • Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regular. • Evaluar las complicaciones vasculares. • Realizar una hemoglobina glicosilada y, de no ser adecuada (menor de 6.5), realizar control y tratamiento. (GR A-NE I/II) • Remitir al especialista para manejo y al ginecólogo para asesoría anticonceptiva.
Enfermedad tiroidea	Asociación en pacientes con enfermedad tiroidea y uso de tiroxina pregestacional con la presencia de defectos congénitos seleccionados como: hidrocefalia (OR: 2.9; 95% CI, 1.6-5.2), hipospadias (OR: 1.6; 95% CI, 1.0-2.5), y atresia anorectal aislada (OR: 2.4; 95% CI, 1.2-4.6).	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un óptimo control terapéutico antes de quedar en embarazo. • Tratar con propiltiouracilo en casos de hipertiroidismo. • Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea. • No se recomienda el tamizaje para el hipotiroidismo subclínico (GR A-NE II). • Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.

Epilepsia	Casi todos los medicamentos anticonvulsivantes son teratogénicos. El fenobarbital, la hidantoína y el ácido valproico se asocian con paladar hendido y labio leporino	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar con monodrogas, con la mínima dosis terapéutica posible. • Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones). • En caso de requerir tratamiento, cambiar a carbamazepina, lamotrigina o levetiracetam. • Administrar ácido fólico (4 mg/día) (GR A NE II-2). • Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva
Hipertensión	Los embarazos en mujeres hipertensas, más aún en casos severos, se asocian con preeclampsia, hemorragia cerebral, descompensación cardíaca y falla renal. Se presentan además nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre los riesgos para el embarazo y la importancia de cambiar al antihipertensivo adecuado. • Realizar una evaluación general de las pacientes con larga data de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía). • Sustituir antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ii, los antagonistas de los receptores de angiotensina ii y diuréticos durante la planificación de un embarazo (gra ne ii-2). • Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva

Fenilcetonuria	Mayor riesgo de hijos con retardo mental.	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Informar sobre la importancia de la dieta con el fin de evitar las graves consecuencias perinatales (GRA NEII-1). • Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.
Artritis reumatoide	Ante la presencia de una enfermedad activa, el tratamiento con corticoides puede asociarse con bajo peso al nacer o restricción del crecimiento intrauterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar acerca de la historia natural de la enfermedad, la mejoría potencial durante el embarazo y el empeoramiento en el puerperio. • En caso de embarazo, evitar corticoides en el primer trimestre y suspender los AINES a partir de la 27 semana de gestación (GRA NE III). • Remitir al especialista para manejo y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.
Lupus eritematoso sistémico	Incrementa el riesgo de aborto, muerte fetal intrauterina, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino; en el 10% de los casos se presenta lupus neonatal (presencia de anticuerpo anti-Ro)	<ul style="list-style-type: none"> • Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis. • Suspender durante el embarazo la ciclofosfamida que se utiliza frecuentemente en el lupus eritematoso por ser teratogénica; administrar azatioprina, ciclosporina A y cloroquina desde la preconcepción (GR B NEII-2). • Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.

Enfermedad renal crónica	<p>En la madre se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea.</p> <p>En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematurez y muerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la posibilidad de progresión de la enfermedad renal durante el embarazo. • Realizar control de la presión arterial antes de la concepción produce mejores resultados perinatales. • Solicitar proteinuria, dado que la presencia de proteína se asocia con malos resultados perinatales y progresión de enfermedad renal a largo plazo. • Suspender drogas no aconsejadas para el embarazo (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) (GR B NE II-2). • Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.
Trombofilia	<p>Las trombofilias incrementan el riesgo materno de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, trombosis cerebral y preeclampsia.</p> <p>También se han asociado algunas de las trombofilias con alteraciones placentarias, abortos recurrentes, restricción del crecimiento fetal y muerte fetal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar el tamizaje de las mujeres de edad reproductiva con una historia personal o familiar de eventos trombóticos. • Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilias congénitas con el fin de determinar el tratamiento oportuno (GRC NE III). • Sustituir la warfarina por heparinas de bajo peso molecular antes del embarazo para evitar su efecto teratogénico, en caso de que se considere que es una paciente de riesgo y recibe warfarina (GRB NE II-3)

Anemia	<p>Algunos estudios prospectivos que evaluaron anemia pregestacional y resultados perinatales encontraron un incremento de bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la anemia durante el periodo pregestacional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro. • Evaluar las pacientes con deseo concepcional y tratarlas (se asocia con mejores resultados obstétricos) (GR A – NE Ib).
Asma	<p>Las complicaciones asociadas con asma no controlada durante el embarazo son:</p> <p>En la madre: preeclampsia, hipertensión e hiperémesis gravídica.</p> <p>En el feto: prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia fetal y muerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo. • Mantener anticoncepción en mujeres con mal control del asma, hasta lograr un control efectivo de las crisis. • Realizar tratamiento profiláctico previo al embarazo en pacientes con asma persistente. • Tratar con budesónida (agente preferido como inhalador, único de categoría B por la FDA; no se encuentra en el POS)
Tuberculosis TBC	Tuberculosis TBC	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el tratamiento completo de la enfermedad. • Administrar fármacos como isoniacida, etambutol, rifampicina y pirazinamida antes y durante el embarazo. • Evitar la estreptomycin (GRB NEII-2). • Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti TBC.

Neoplasias	En la madre se incrementa el riesgo de empeoramiento del curso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo. • Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico. • Aconsejar conducta de acuerdo con la agresividad del tumor, del estadio de la enfermedad y del compromiso en la condición de salud de la mujer (GRB NEII-3). • Remitir al especialista para manejo y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.
Obesidad mórbida (imc > 35)	Aumenta el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombótica y parto obstruido. Desde el punto de vista perinatal, hay mayor riesgo de macrosomía fetal.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación nutricional y paraclínicos adicionales que permitan determinar el estado metabólico y endocrino.

Hábitos no saludables

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Ingesta de alcohol	<p>La ingesta de alcohol en las mujeres en edad reproductiva se estima que es superior al 50% y muchas de ellas inician el embarazo con una alta exposición de alcohol, lo que puede ser teratogénico para el desarrollo del sistema nervioso central.</p> <p>Otros resultados asociados a la exposición del alcohol son el aborto, restricción del crecimiento intrauterino y retardo mental, aunque es el síndrome del feto alcohólico uno de los resultados más comunes.</p>	<p>Realizar tamizaje sobre el consumo de alcohol a todas las mujeres en edad reproductiva y suministrar información sobre los potenciales riesgos para la salud (intervenciones breves)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incluir en las intervenciones información sobre las consecuencias del alcohol (en el embarazo, en el primer trimestre y la ausencia de un nivel de seguridad del consumo). ● Remitir a programas de cesación de ingesta de alcohol a aquellas mujeres identificadas como consumidoras, que presenten interés de modificar este hábito. ● Recomendar la anticoncepción hasta lograr periodos de ausencia de ingesta de alcohol (GRB–NE Ia).
Tabaquismo	<p>En el feto, el hábito del tabaco se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante.</p> <p>Otras complicaciones maternas son la ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, aborto y embarazo ectópico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar tamizaje sobre el hábito de tabaco a todas las mujeres en edad reproductiva. ● Realizar intervenciones breves basadas en la información sobre los efectos del tabaco en la mujer embarazada y no embarazada; en el feto y en el recién nacido. ● Referir a programas más intensos de cesación de tabaco, cuando no es posible suspender este hábito (GRA –NE II-2)

Consumo de drogas o sustancias psicotrópicas	<p>El uso de cocaína durante el embarazo se ha asociado con bajo peso al nacer, prematuridad, muerte perinatal, desprendimiento de placenta normoinsera y recién nacidos pequeños para la edad gestacional.</p> <p>El uso de marihuana se ha asociado con efectos en el desarrollo intelectual de los hijos, lo que se evalúa durante la niñez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar historia clínica completa con el fin de identificar el uso de drogas ilícitas como parte de la evaluación preconcepcional. • Asesorar a mujeres sobre los riesgos de la exposición a drogas ilícitas y los resultados obstétricos y perinatales. • Ofrecer información sobre los programas que dan soporte para la abstinencia y la rehabilitación. • Ofrecer anticoncepción hasta que se cuente con un periodo libre de exposición a las drogas ilícitas
---	---	---

Estado de Inmunización

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Virus Del Papiloma Humano	<p>Puede presentarse papilomatosis laringea en el recién nacido por contaminación. Existe evidencia de que la inmunización materna previa podría proteger contra la adquisición de papilomatosis laringea por el pasaje transplacentario de anticuerpos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación cervical para detectar lesiones cervicales asociadas a la presencia del HPV en las mujeres en edad fértil. • Administrar la vacuna contra el HPV (GRB – NE II 2).
Hepatitis B	<p>El riesgo de infección neonatal es de 10% si la hepatitis aguda ocurre en el primer trimestre y del 90% en el tercer trimestre.</p> <p>Si la gestante es portadora crónica, la tasa de infección perinatal es de 10 a 20%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia del antígeno de superficie para hepatitis B en toda mujer o pareja en edad fértil y la vacunación previa al embarazo. • Vacunar antes del embarazo a las mujeres consideradas de alto riesgo (pareja con hepatitis B, consumidores de drogas inyectables, prisioneros, trabajadores de la salud, etc., que no hayan sido vacunados).(GRA – NE III)

Varicela	<p>La primoinfección durante el embarazo acarrea potenciales complicaciones para la madre y el feto.</p> <p>Estas complicaciones incluyen: neumonía, abortos, muerte fetal, síndrome de varicela congénita, varicela neonatal y herpes zoster durante los primeros años de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tamizaje en el período pregestacional (preguntar historia de vacunación previa, infección con varicela y/o evidencia de laboratorio), dado que la vacuna de la varicela está contraindicada en el embarazo. • Vacunar si no hay evidencia de inmunidad para la varicela (GRB – NE III). • Estimular la aplicación de la vacuna cuando no exista inmunidad
Sarampión, Paperas Y Rubéola	<p>La rubéola se considera la infección viral con mayor teratogenicidad, dado que en el primer trimestre de gestación se asocia con una alta probabilidad de aparición de defectos congénitos.</p> <p>El sarampión durante el embarazo se ha asociado con abortos espontáneos, bajo peso al nacer, prematuridad y causa de defectos congénitos.</p> <p>En el caso de las paperas, también se ha descrito asociación con abortos espontáneos y muerte fetal, pero no con defectos congénitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tamizaje para confirmar inmunidad a la rubéola a todas las mujeres en edad reproductiva • Ofrecer vacunación de MMR, que provee protección contra sarampión, paperas y rubeola, a aquellas mujeres que no la han recibido y que no están embarazadas. • Debido a que es una vacuna de virus atenuado vivo, no se aconseja el embarazo antes de tres meses luego de la vacunación (GRA –NE II – 3).

Antecedentes Genéticos y Familiares

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Edad de la madre superior a 35 años	Asociación con aneuploidías y cromosomopatías.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la paciente sobre los riesgos de aneuploidía y cromosomopatías asociadas con la edad y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnóstico en caso de embarazo. • Proveer información sobre la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo, IVE, en caso de documentarse alguna condición clínica incompatible con la vida. (GRB – NE II- 3)
Etnicidad / historia Familiar / alteraciones Genéticas conocidas	Es enfática la opinión de varios expertos sobre la etnicidad y el ancestro como factores que orientan acerca de potenciales enfermedades que la pareja puede portar	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tamizaje a todas las mujeres en cuanto a la historia familiar de alteraciones genéticas, idealmente hasta de tres generaciones, de ambos miembros de la pareja. • Informar a las parejas que presentan riesgos, con base en su etnia y en los ancestros, y referir a genetista para potenciales evaluaciones. (GRB-NE II-3)

Hemofilia	<p>Con un padre con hemofilia y madre sana no portadora el 100% de las hijas serán portadoras sanas (heredan el alelo mutado del padre) y el 100% de los hijos serán sanos no portadores (no tienen de quién recibir el X mutado). Con un padre con hemofilia y madre sana portadora (heterocigota): el 50% de las hijas serán portadoras sanas y el 50% de las hijas serán hemofílicas. En cuanto a los hijos varones, el 50% serán pacientes con hemofilia (pues reciben un único X materno, que en este caso es el mutado) y el 50% serán sanos no portadores (han recibido el X sin defecto).</p> <p>Con un padre sano y madre portadora sana: el 50% de las hijas serán sanas no portadoras, y el 50% serán sanas portadoras. En cuanto a los hijos varones, al igual que en el caso anterior, el 50% serán pacientes con hemofilia y el 50% serán sanos no portadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar las mujeres con riesgo de ser portadoras —aquellas en cuyas familias algún miembro se encuentra afectado— y realizar el asesoramiento genético. • Lo ideal es realizar este asesoramiento antes de que cualquier mujer, con riesgo familiar, se plantee la posibilidad de tener descendencia. • Considerar en la asesoría dos aspectos: los datos que indican la gravedad de las manifestaciones hemorrágicas y el conocimiento de que las mujeres de una familia con parientes con hemofilia son portadoras de la enfermedad • Informar a la familia sobre las implicaciones de la enfermedad, cómo se hereda, la probabilidad de que vuelva a suceder y las alternativas que existen. • Realizar la asesoría genética como un proceso educativo e informativo, pero de ningún modo impositivo. (GRA-NE Ia)
------------------	--	---

Infecciones de Transmisión Sexual

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Virus de Inmuno-deficiencia humana (vih)	Para el año 2010 se estimó que 159.000 niños menores de 5 años murieron debido a la presencia de SIDA en el mundo. El 90% de los casos de VIH pediátrico se debe a la transmisión perinatal.	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a todas las mujeres y hombres, hacer una prueba de VIH previa al embarazo y proponer las prácticas sexuales seguras. • Informar a las mujeres VIH positivas sobre los riesgos de transmisión vertical, los tratamientos adecuados y las alternativas de anticoncepción en caso de no planear un embarazo. (GRA-NE I-b)
Herpes simple	<p>El herpes neonatal es una infección con elevada morbimortalidad, que en la mayor parte de los casos se adquiere en el momento del parto o próximo a él, a través del contacto directo del feto con secreciones maternas contaminadas.</p> <p>Se ha descrito también la infección postnatal y el paso transplacentario del virus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • No se recomienda el tamizaje universal a la población general. • Recomendar tamizaje a las personas cuya pareja sea portadoras de herpes. (GRB-NE II-1)
Gonorrea	Durante el embarazo se asocia a corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. En el neonato puede provocar conjuntivitis que puede llevar a la ceguera, endocarditis y meningitis.	<ul style="list-style-type: none"> • En la visita pregestacional, tamizaje para las mujeres con alto riesgo de gonorrea. • Indicar tratamiento a las mujeres infectadas, en la atención pregestacional • Realizar tamizaje temprano en el embarazo en pacientes de alto riesgo. (GRB-NE II-2)

Clamidias	Provoca embarazo ectópico, infección ocular neonatal y neumonía neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar tamizaje anual y previo al embarazo para clamidias a todas las mujeres menores de 25 años, sexualmente activas o con riesgo elevado de infección por clamidias (antecedentes de infecciones de transmisión sexual, múltiples compañeros, trabajadora sexual, uso de drogas). (GRA-NE I-a, II-2)
Sífilis	La sífilis gestacional se asocia con resultados perinatales severos, como muerte fetal, prematuridad, muerte neonatal, ceguera, sordera, alteraciones óseas y convulsiones.	<ul style="list-style-type: none"> Durante el periodo pregestacional, tamizaje para sífilis a las mujeres con alto riesgo, y tratamiento. (GRA - NE II-1)

Otras Infecciones

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Citomegalovirus	<p>El riesgo de seroconversión para una mujer susceptible es de 1 al 4% durante el embarazo, siendo mayor el riesgo de transmisión vertical en la primoinfección.</p> <p>Las secuelas pueden ser graves y constituyen una de las causas infecciosas más frecuentes que provocan pérdida de audición en los primeros años de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aconsejar a las mujeres que tienen niños o trabajan con niños sobre cómo reducir los riesgos a través de medidas universales (uso de guantes, lavado de manos, evitar secreciones respiratorias, etc.). No se recomienda la serología de rutina durante el embarazo para el virus, dado que no se cuenta con medidas terapéuticas ni profilácticas eficaces. (GRC-NE II-2)

Toxoplasmosis	Los embarazos que son infectados pueden presentar afectación fetal severa (restricción de crecimiento intrauterino -RCIU-, retardo mental, coriorretinitis, sordera, ceguera, epilepsia)	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar una IgG para toxoplasma durante la pregestación. • 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 la gestación (ingesta de carnes cocidas, verduras bien lavadas, protección para manipulación de tierra). (GRC – NE III)
Bacteriuria asintomática	La bacteriuria asintomática ocurre hasta en un 8% de las mujeres embarazadas y es un factor de riesgo para bajo peso al nacer. Un 15% de pacientes con bacteriuria asintomática no tratada puede evolucionar a pielonefritis gravídica.	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda el tamizaje rutinario en el periodo pregestacional. • Nuevo tamizaje a mujeres embarazadas que hubieran sido identificadas y tratadas para bacteriuria asintomática en el periodo preconcepcional. (GRE -NEII-1)
Enfermedad periodontal	Esta patología se asocia con una respuesta materna de preeclampsia y prematuridad fetal.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar control rutinario y tratamiento durante el periodo pregestacional. de la salud bucal se considera benéfico para la mujer. (GRC- NE I-b)
Vaginosis bacteriana	Esta infección se asocia con resultados adversos perinatales (prematuridad, rotura de membranas, aborto espontáneo, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda el tamizaje rutinario y el tratamiento en pacientes asintomáticas. • Formular tratamiento en las mujeres con vaginosis bacteriana sintomática tanto durante el embarazo como en la etapa pregestacional. (GRD-NE II/III)

Aspectos psicosociales

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Para todos los aspectos psicosociales de riesgo	Los riesgos psicosociales se asocian con resultados maternos y perinatales adversos.	<ul style="list-style-type: none"> El abordaje de los riesgos psicosociales, incluida la depresión y la ansiedad, se realiza mediante el uso de preguntas que permitan determinar tensión emocional, síntomas de humor depresivo y síntomas neurovegetativos, así como también el apoyo familiar percibido por la mujer (tiempo, espacio y dinero) (GRB –NE II-1).
Depresión o ansiedad menos de 16 años de edad	Se ha asociado con resultado materno perinatal adverso.	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar lo establecido en el modelo de atención integral en salud de adolescentes y jóvenes (servicios amigables para jóvenes), para el manejo de situaciones relacionadas con adolescentes. Tener en cuenta las recomendaciones del Protocolo de atención a la menor de 15 años embarazada cuando la condición de edad sea detectada en atención pregestacional..
Violencia de género y violencia sexual	Se ha asociado con resultado materno perinatal adverso.	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer se le pregunte: ¿Durante el último año fue golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera? ¿Durante el último año fue forzada a tener relaciones sexuales? <p>Si la respuesta a una de las anteriores es positiva, se debe reportar el caso para recibir apoyo por parte de un equipo multidisciplinario.</p>

Discapacidad y desplazamiento	Se ha asociado con resultado materno perinatal adverso.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para que la mujer cuente con una red de apoyo que garantice el soporte en caso de embarazo y la oportunidad de acceso a los servicios de salud.
Riesgos laborales o exposición Ambiental	Se ha asociado a resultado materno perinatal adverso por exposición, en el proceso gestacional, a sustancias químicas, radiación, manipulación de cargas por encima de los límites permitidos, contaminación por exposición a biológicos o biomecánicos que pueden tener efectos tóxicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre los riesgos a que están expuestas las mujeres y sobre los efectos en su salud. • Generar recomendaciones para controlar adecuadamente los riesgos. • Informar a los empleadores para disminuir el riesgo de exposición cuando sea necesario.

Medicación

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Medicación por prescripción, no recetada o suplementos dietéticos	<p>Teniendo en cuenta las categorías farmacológicas en embarazo según la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA su sigla en inglés), las medicaciones categoría D son las que presentan evidencia de riesgos fetales, pero los potenciales beneficios para la mujer embarazada hacen que sean utilizados.</p> <p>La categoría X es para las drogas contraindicadas en mujeres embarazadas o que puedan quedar embarazadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a las mujeres que no quieren embarazarse y evaluar el método adecuado de anticoncepción. (GRA-NE II-2)

Antecedentes reproductivos

Riesgo	Lesión Potencial	Recomendación
Parto pretérmino previo	El antecedente de parto pretérmino confiere riesgo para presentar el evento obstétrico en la subsiguiente gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener la historia reproductiva y aquellas mujeres con historia de prematuridad o restricción del crecimiento intrauterino deben ser evaluadas para la identificación y tratamiento de causas que se puedan modificar antes de un nuevo embarazo (GRA – NE II-2). • Informar a las pacientes con partos pretérmino previos sobre los beneficios de la progesterona en el siguiente embarazo (GRA – NE Ib). • Remitir al ginecólogo para valoración y consejería en planificación familiar
Cesárea previa	El aumento de número de cesáreas incrementa el riesgo de placenta previa, placenta acreta e histerectomía para futuros embarazos.	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a la paciente con cesárea previa que debe esperar al menos 18 meses antes del nuevo embarazo. • Informar a la paciente con cesárea previa sobre las probabilidades en cuanto a la vía del parto en el futuro. • La información debe ser ofrecida desde la primera cesárea, en el postparto y, en el periodo preconcepcional (GRA – NE II-2). • Remitir al ginecólogo para valoración y consejería en planificación familiar.

Abortos previos	<p>Se plantean dos formas de abortos: el que ocurre una única vez, tempranamente, lo que sucede en el 10-15% de los embarazos, y la pérdida recurrente del embarazo, definida como dos o más abortos espontáneos consecutivos, lo que ocurre en un 1% de las parejas fértiles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a las mujeres que hayan tenido un aborto espontáneo único acerca de la baja probabilidad de recurrencia. • Evaluar las potenciales causas en aquellas mujeres con dos o más abortos espontáneos y ordenar la terapia indicada. Las pacientes con pérdida recurrente deben ser evaluadas para detectar la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos, cariotipo y evaluación de anatomía uterina por el ginecólogo. (GRA –NE Ia)
Muerte fetal previa	<p>Se considera muerte fetal el deceso del producto de la concepción, previo a su extracción o expulsión. El feto no respira o no muestra evidencia de vida con una edad gestacional de 22 semanas o más, o 500 gramos o más.</p> <p>El riesgo de recurrencia se incrementa entre 2 y 10 veces en las mujeres que tienen antecedentes de una muerte fetal previa, comparada con la que sucede a quienes no tienen el antecedente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, al momento de la primera muerte fetal, las potenciales causas y comunicarlas a la paciente. • Los estudios complementarios en el periodo pregestacional y comunicar el riesgo elevado para futuros embarazos. • Tratar los factores de riesgo que sean modificables por ginecólogo (GRB – NE II–2).

Gran multiparidad	<p>La gran multiparidad se define como la paridad mayor o igual a cinco, lo que incrementa la mortalidad materna y es un factor de riesgo para morbilidad materna y neonatal. Se ha descrito como asociada a pobre cuidado prenatal (OR 3.1; IC 95% 1.5 - 6.1), tabaquismo (OR 2.2; IC 95% 1.5 - 3.2) y consumo de alcohol (OR 9.0; IC 95% 2.1 - 39.3).</p> <p>Las grandes multíparas tienen un índice de masa corporal (IMC) más alto y tasas mayores de diabetes gestacional insulino - dependiente.</p> <p>Hay más riesgo de muerte intrauterina y muerte perinatal, anormalidades placentarias y alto peso al nacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a las mujeres con gran multiparidad sobre los riesgos de esta condición para los resultados perinatales. • Intervenir los riesgos y condiciones médicas preexistentes asociados (GRB-NE II–2)
Período intergenésico menor de 24 meses	<p>Un período intergenésico menor de 24 meses es un factor de riesgo para parto pretérmino y, por lo tanto, implica mayores complicaciones neonatales e incluso muerte perinatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la mujer o a la pareja sobre el período intergenésico óptimo —al menos de 24 meses— como clave para prevenir complicaciones maternas y fetales.
Incompatibilidad RH	<p>La incompatibilidad Rh aumenta el riesgo de inmunización Rh en los siguientes escenarios: mujer que tuvo un bebé Rh positivo, mujer que se realizó una amniocentesis o transfusión de sangre y mujer que no recibió profilaxis de inmunización Rh durante un postaborto o en el postparto (en las primeras 72 horas) de un embarazo previo con un bebé Rh positivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grupo sanguíneo de la mujer y de su pareja, y analizarlo en conjunto con la paridad y el antecedente de profilaxis con Ig anti-D para definir el riesgo de inmunización en una gestación posterior.

Preeclampsia en el embarazo anterior	<p>Las mujeres con antecedente de preeclampsia tienen un riesgo más alto de desarrollarla en embarazos subsiguientes.</p> <p>La preeclampsia recurrente se asocia también a tasas aumentadas de parto pretérmino, bebés pequeños para la edad gestacional y muerte perinatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos maternoperinatales. • Evaluar hipertensión residual y nefropatía. • Remitir la paciente para evaluación por especialista en ginecología.
Antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 G.	<p>El antecedente de recién nacido con bajo peso al nacer (menor de 2.500 g) aumenta hasta siete (7) veces la probabilidad de tener otro recién nacido con bajo peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos perinatales y neonatales. • Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presenten. (GRB-NE II-2)

Antecedente de recién nacido macrosómico	<p>La recurrencia de macrosomía fetal se asocia a la de diabetes En la madre; sin embargo, una proporción importante de fetos macrosómicos son hijos de madres no diabéticas en quienes se asocia a la multiparidad y no al trastorno metabólico.</p> <p>Mujeres con historia de un recién nacido macrosómico tienen un riesgo significativamente más alto de otro bebé macrosómico en un embarazo posterior.</p> <p>Para mujeres con dos o más bebés macrosómicos, el riesgo es aún mayor.</p> <p>La macrosomía fetal (peso fetal ≥ 4500 g) incrementa el número de resultados adversos maternos y perinatales, dentro de los cuales se incluyen parto instrumentado lesión del canal vaginal y del esfínter anal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la mujer o la pareja acerca de la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como sobre los riesgos perinatales y neonatales. • Realizar control metabólico previo y durante la gestación a las mujeres que presentan diabetes mellitus como condición preexistente. (GRB-NE II-2)
Antecedente de hemorragia postparto	<p>La hemorragia postparto (HPP) es una condición que amenaza la vida de la mujer.</p> <p>Aunque muchas variables incrementan el riesgo de sangrado, una HPP en un embarazo anterior es uno de los factores de mayor riesgo para HPP recurrente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la condición de anemia (GRB-NE II-2) • Sensibilizar a la mujer en el sentido de garantizar la futura atención del embarazo y del parto en instituciones con capacidad resolutive para el manejo de HPP por el riesgo de recurrencia.

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional	Las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional usualmente alcanzan remisión completa con preservación de la fertilidad aún en presencia de enfermedad metastásica. Después de un embarazo molar, el riesgo de recurrencia es de 1%.	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la mujer o la pareja respecto al hecho de que es posible tener una gestación normal, posterior a una enfermedad trofoblástica gestacional. • Sensibilizar en torno a la evaluación, lo más pronto posible, de la viabilidad de futuros embarazos.
Antecedente de depresión postparto	Se estima una tasa de recurrencia entre 10 y 35% y se ha asociado a resultado materno perinatal adverso.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar en la primera consulta de atención preconcepcional el riesgo de depresión postparto, como lo prevé las GAI de detección temprana de las alteraciones del embarazo. • Realizar evaluación por psiquiatría durante el periodo pregestacional para determinar la severidad y manejo adecuado si llega a presentarse la depresión. • Realizar consejería en planificación familiar, de acuerdo con pronóstico, por ginecología.

Atención Pregestacional

Lineamiento Técnico

Se terminó de imprimir en 2017

La edición consta de 1,500 ejemplares

La impresión se llevó a cabo sobre papel bond de 120 gr para interiores
y couché de 200 gr para portadas

Impreso en offset por:

cnegsr.salud.gob.mx

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".