

Protocolo de Atención Clínica Implementación y Normalización de la Atención Preconcepcional

Código PAC.GM.DDSS-AAIP-PNM-XX-XX-

Versión 01

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

2020

CONDUCIDO POR	<i>Dra. Angélica Vargas Campos. Coordinadora Programa de Normalización de la Atención a la Mujer. Licda. Odiney Quirós Serrano. Enfermera Área de Atención Integral a las Personas.</i>	
Elaborado POR:	<i>Dra. Teresita Soto Arroyo. Médica Especialista en Gineco Obstetricia. Clínica Solón Núñez Dr. German Esquivel Cubero. Médico Especialista en Gineco Obstetricia. Clínica Solón Núñez Dr. Carlos Luis Bustos Briceño. Psicólogo Área Rectora de Salud de Hatillo. Dra. Ivonne Rojas Castillo. Enfermera Obstetra Área de Salud Goicoechea 2. Dra. Ana Yancy Allón Zúñiga. O.G.A. Área de Salud Goicoechea 2. Dra. Yolanda Barboza Castro. Jefe de Nutrición Hospital México. Dra. Aracelly Zarate Fajardo. Enfermera Obstetra Clínica Solón Núñez. Dra. Nathalie Alfaro Vargas. Enfermera Obstetra Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Dr. Geiner Jiménez Jiménez. Médico Oncólogo Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. Dra. Ericka Obando Castro. Trabajadora Social. Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Licda. María Beatriz Hidalgo Ureña. Trabajadora Social. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Dr. Carlos Garita Arce. Psicólogo Área de Atención Integral a las Personas. Programa Normalización de la Atención a Adolescentes (PAIA)</i>	
Colaboradores	<i>Dra. Tatiana Mata Chacón. Programa de Normalización a la Atención de las Adicciones. Area de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Dr. Jerchell Barrantes Solorzano. Jefe Unidad Medicina Reproductiva Hospital Dr. Adolfo Carit Eva.</i>	
Validado por:		
REVISADO Y aprobado por:	<i>Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico</i>	
Fecha revisión y aprobación		
Próxima revisión:		
Observaciones	<i>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud / o de las Organizaciones Participantes.</i>	

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
DEFINICIONES, ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.....	6
ABREVIATURAS.....	13
REFERENCIAS NORMATIVAS.....	15
ALCANCE.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	17
METODOLOGÍA.....	18
RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO.....	20
RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO.....	20
MARCO CONCEPTUAL.....	21
INTERVENCIONES DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL PARA LA MUJER Y EL HOMBRE EN LOS III NIVELES DE ATENCION DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS)..	60
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES.....	64
CAPTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA.....	65
OFERTA DE SERVICIOS DE LAS DISCIPLINAS QUE INTERVIENEN EN LA ATENCION PRECONCEPCIONAL.....	69
CONTACTO PARA CONSULTAS.....	79
ANEXOS.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

PRESENTACIÓN

El siguiente protocolo responde a los requerimientos de la población y normaliza la Atención Preconcepcional dentro de los establecimientos de la institución, por lo cual es de mucho agrado para esta Gerencia presentar este documento normativo e insta a que se brinde la atención preconcepcional en todos los servicios de salud. La etapa previa al embarazo es el momento idóneo para identificar, tratar y resolver el riesgo reproductivo que pueda tener la mujer y/o su pareja. El objetivo es que tanto como la mujer como el hombre que expresen el deseo reproductivo puedan ser examinados por el personal de salud de manera que se atiendan los factores de riesgo que conlleva un embarazo antes de que se confirme el mismo.

La atención preconcepcional en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social se visualiza y ofrece de manera integral por parte del personal, de manera que se brinde a la persona usuaria la posibilidad de abordar las necesidades tanto físicas como emocionales y sociales.

La prestación de servicios de atención de salud en los III Niveles de Atención de alta calidad y optimización se obtiene mediante el abordaje oportuno e identificación de enfermedades que puedan complicar el adecuado desarrollo de un embarazo y sus repercusiones sobre la salud de la mujer.

De esta manera tanto la mujer como el hombre cuentan con la posibilidad de recibir educación tanto en salud sexual y derechos reproductivos como el abordaje de su estado de salud para obtener las condiciones óptimas para un embarazo en su defecto la decisión de no concebir. Teniendo siempre presente que la decisión de un embarazo siempre será de la mujer y/o su pareja con un proceso de asesoramiento humano y sensible por parte del profesional de salud satisfechas realizar un proceso más humano y sensible.

GERENCIA MEDICA

Dr. Mario Felipe Ruiz Cubillo
Gerente

1. INTRODUCCIÓN.

La atención en la Pre Concepción es aquella que se brinda a la mujer y su pareja antes del embarazo. Las acciones emprendidas en esta etapa están dirigidas principalmente a las personas adultas y adolescentes con el objetivo de promover paternidades y maternidades responsables, respetuosas y cariñosas que acompañan de forma activa los procesos de desarrollo de la persona menor de edad¹. Tiene como objetivo disminuir los riesgos tanto para la madre como para el bebé, atendiendo aspectos de salud de ambos padres. Además de disminuir los costos económicos que representa para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la atención del niño prematuro, embarazo de alto riesgo y sus complicaciones, que por lo general son a muy largo plazo.

La atención antes de la Concepción produce un impacto positivo sobre la salud de la madre ya que es el momento en el que se revisa su historia clínica y se analizan factores como, antecedentes genéticos, defectos del tubo neural, historia de partos prematuros, bajo peso al nacer en embarazos previos, consumo de sustancias psicoactivas. Identificación de riesgos en aspectos nutricionales como sobrepeso, o bajo peso de la mujer que desea un embarazo, disminución de las infecciones mediante exámenes de laboratorio de detección y la vacunación según el esquema de nuestro sistema de salud.

Se pretende con estas acciones e intervenciones la identificación y disminución de los riesgos a los que se podría exponer la mujer y su pareja antes de un embarazo, además de la consejería y asesoramiento para el espacio intergenésico, de acuerdo al momento de captación de la misma².

El presente documento responde a lo definido en el documento Manual Metodológico para la construcción de un Protocolo de Atención Clínica³. Este Protocolo se construye mediante la búsqueda de información con evidencia científica actual, para el cual se invitaron a un grupo de especialistas en Medicina Ginecobstétrica, Psicología, Enfermería Ginecobstétrica, Enfermería, Trabajo Social, Nutrición, Farmacia, Odontología y otras especialidades que se requieran.

¹Tomado de la Política para la Primera Infancia 2015-2020. Pág. 44

²Upsala Journal of Medical Sciences Ups JMedSci.2016

³CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS. Versión 02. San José.2016

Las reuniones se realizaron 2 veces al mes hasta finalizar con el proceso de validación en el cual se utilizó la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado)⁴ con personal de salud que labora en la atención de la mujer y su pareja en los tres Niveles de Atención de la CCSS, con el propósito de obtener consenso de opiniones de los expertos en relación al contenido.

2. DEFINICIONES, ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Aborto⁵: “El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”.

Adolescencia⁶: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Anestésicos Locales⁷: La anestesia es la pérdida de la sensación sin pérdida de la conciencia ni del control central de las funciones vitales.

Atención Pre Concepcional⁸: debe ser concebida como el momento oportuno para atender, informar y asesorar a la población que consulta los servicios de salud que en su proyecto de vida contempla la posibilidad de procrear hijos; donde se realizan intervenciones que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal. Para producir el mejor resultado posible se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo.

Atención Integral⁹: La atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido tomando en cuenta las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Esta atención considerará los factores de riesgo, el concepto de género e interculturalidad y su

⁴ CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS. Versión 02. San José. 2016

⁵ Tomado de: [http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/consultado 8/4/2019](http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/consultado%208/4/2019)

⁶ Tomado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ consultado 22/04/2019

⁷ Raspall. Cirugía Oral. Editorial Panamericana Madrid, España. 1994.

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolo de Atención Preconcepcional. Colombia. 2014

⁹ Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/. Consultado el 11 de marzo, 2019.

efecto en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

Autocuidado¹⁰: la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

Cáncer¹¹: es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Control Prenatal¹²: es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.

Consejería Preconcepcional: La consejería se refiere a un proceso de interacción, una comunicación de doble vía, entre un proveedor calificado, enmarcado por un código de ética, y un cliente. Busca crear conciencia de, y facilitar o confirmar voluntariamente, las decisiones tomadas por la usuaria en relación con la atención pre-concepcional.

Curso de Vida¹³: Se aplica para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. Vale la pena reconocer la importancia de adoptar un enfoque de la salud, sistémico e integral, que abarque la totalidad del curso vital, donde lo que se atiende o se deje de atender en cada

¹⁰ Tomado de: <http://www.autocuidado-segun-la-oms.html/> consultado el 09/04/2019

¹¹ Tomado de: <https://www.who.int/topics/cancer/es/> consultado el 15/07/19

¹² Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who/> consultado 22/04/2019

¹³ Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/. Consultado el 11 de marzo, 2019.

curso de vida, tendrá implicaciones en la salud y nivel de bienestar y vida de la madre y el neonato en el futuro cercano.

Defectos congénitos (DC)¹⁴: también conocidos como anomalías congénitas, defectos de nacimiento, trastornos o malformaciones congénitas, se definen como anomalías estructurales o funcionales, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

Derechos reproductivos¹⁵: comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso pertinentes. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos(as) que desean tener, el espaciamiento de los embarazos y la planificación familiar, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva.

Derechos sexuales¹⁶: Abarcan derechos humanos reconocidos en documentos internacionales de la Organización de Naciones Unidas, reconocidos a hombres, mujeres y parejas, en razón de su condición humana, respecto al ejercicio de la sexualidad de manera saludable, segura, informada, responsable, placentera y sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación.

Discapacidad psicosocial o mental¹⁷: Es un producto social; que resulta de la interacción entre una persona con un "proceso psicoafectivo" particular, y las barreras actitudinales y de entorno que la sociedad genera, teniendo como base el estigma, el miedo y la ignorancia y que limitan su participación plena, en igualdad de condiciones con los demás.

Edad materna baja¹⁸: La edad materna por debajo de los 20 años se asocia a un mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal, lo cual se asocia a

¹⁴ Ministerio de Salud de Costa Rica/CCSS/INCIENSA. Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) Unidad de Enfermedades Congénitas INCIENSA. Protocolo de Vigilancia de Defectos Congénitos en Costa Rica. Versión 1 08/03/2018.

¹⁵ OMS. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre Prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera Edición. 2018

¹⁶ Tomado de Reglamento a la ley de autonomía personal de las personas con discapacidad. Capítulo I. Artículo 2.-Definiciones.

¹⁷ Idem

¹⁸ Donoso, E. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile 2014; 142: 168-174.

mayor morbilidad y mortalidad infantil. Además del riesgo biológico, se genera riesgo social para el recién nacido y la madre, por lo que se considera un problema de salud pública.

Educación en Salud¹⁹: La educación debe estar inmersa en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa, de forma permanente. Deberá desarrollarse actividades de capacitación continua del equipo de salud, con énfasis en las Normas de Atención.

Las actividades educativas hacia las/los usuarias/os y la población en general permitirán desarrollar entre otros los siguientes aspectos:

- Programas de promoción y educación sobre auto cuidado de la salud dirigidos en especial a grupos femeninos en todo el curso de la vida
- Educación en salud sexual y reproductiva con énfasis en mujeres en edad fértil
- Programas de prevención del embarazo en la adolescencia
- Programas educativos que promuevan la incorporación del varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la pareja.

Endodoncia²⁰: rama de la odontología que trata de la morfología, fisiología, y patología de la pulpa dental y los tejidos perirradiculares.

Enfermedad Periodontal²¹: condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente.

Enfoque de Género²²: Corresponde a características psicológicas, sociales y culturales que la sociedad asigna de manera diferenciada a hombres y a mujeres. Esto significa que las personas aprenden a comportarse según las normas, los valores y las prácticas que la sociedad considera como propias de mujeres y de varones.

Factor de Riesgo Perinatal²³: Son características que presentan una relación significativa, con un determinado daño durante el período perinatal.

Gingivitis: Inflamación de las encías.

¹⁹ Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/. Consultado el 11 de marzo, 2019.

²⁰ Tomado de: <https://endopisciotti.iimdo.com/concepto-de-endodoncia/consultado> el 15 de julio, 2019

²¹ Castaldi L, Bartin MS, Jiménez Fabián, Ledo Roberto. Enfermedad Periodontal: es Factor para parto pretermo bajo peso al nacer o preclamsia. April 30 2006; 9(4): 253-258.

²² Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/. Consultado el 11 de marzo, 2019.

²³ Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. San José Costa Rica. 2015.

Índice de Masa Corporal: El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. La fórmula del IMC es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros (kg/m²).

Infertilidad²⁴: falla para concebir luego de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin utilizar métodos anticonceptivos en pacientes femeninas menores de 35 años o luego de 6 meses en mujeres de 35 años o mayores.

Métodos Anticonceptivos: son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona²⁵.

Nutrición²⁶: se refiere a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades nutricionales del organismo de cada individuo, según sexo, edad, estado fisiológico, a través de los mecanismos que este utiliza para asimilar los nutrientes contenidos en los alimentos por medio de la digestión, absorción, utilización y eliminación.

Parto²⁷: El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla.

Parto pretérmino²⁸: según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas.

Parto postérmino²⁹: “postérmino” (42 semanas de gestación y más allá) para describir con mayor precisión los partos que ocurren en -o más allá- de las 37 semanas de gestación.

²⁴ CCSS. Manual de Procedimientos Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS. 2017
²⁵ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Métodos anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud. Buenos Aires Argentina 2015

²⁶ Lucía, F. et al. La Nutrición en el periodo preconcepcional y los resultados del embarazo: revisión bibliográfica y propuesta de intervención del Dietista-Nutricionista. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, (marzo de 2016). 20(1).

²⁷ Tomado de: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/> consultado 22/04/2019

²⁸ Tomado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477/> consultado 22/04/2019

²⁹ Tomado de: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81944&uid=329722&fuente=inews_con información del The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine. Consultado el 16-07-2019

Periodo intergenésico³⁰: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el periodo intergenésico es aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo, el evento obstétrico puede ser un aborto o parto ya sea vaginal o por cesárea. La OMS recomienda que luego de un nacimiento de producto vivo el tiempo óptimo para un nuevo embarazo es de 18 a 27 meses y no mayor de 60 meses, esto con el propósito de reducir las complicaciones maternas, perinatales y neonatales. **Periodo intergenésico corto (PIC)**³¹: cuando se da un nuevo embarazo en un plazo menor a los 18 meses.

Periodo intergenésico largo (PIL)³²: cuando se da un nuevo embarazo en un plazo mayor de 60 meses.

Pertinencia Cultural³³: En el latín emana del vocablo pertinentia, que está compuesto de dos partes claramente diferenciadas: el prefijo per-, que puede traducirse como “por completo”, y el verbo tenere, que es sinónimo de “sostener”. La pertinencia cultural en el proceso de atención es el acto (pensamiento y acción) y la materialización (la puesta en escena) del respeto entre personal de salud (y si se quiere sistema de prestación de servicios) y usuario/a, que implica valorar la diversidad: biológica, cultural y social como un componente importante de reconocimiento de la diversidad cultural en todo proceso de salud - enfermedad.

Posparto o puerperio³⁴: es importante tener en cuenta que el puerperio es un periodo crítico para la salud de la mujer. Se inicia con el posparto inmediato, compuesto por las dos horas que siguen al alumbramiento.

Persona con Discapacidad³⁵: Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con

³⁰ Domínguez, L. Vigil-De Gracia. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005. Panamá.

³¹ Domínguez, L. Vigil-De Gracia. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005. Panamá.

³² Domínguez, L. Vigil-De Gracia. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005. Panamá.

³³ Carballo L. et al (2017) Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Documento estratégico institucional. San José Costa Rica

³⁴ xxxxx

³⁵ Tomado de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Artículo 1.

diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Persona con discapacidad auditiva³⁶: La discapacidad auditiva se refiere a la pérdida o anormalidad de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, presentando una dificultad para oír, que al entrar en relación con el contexto y con otras personas le ocasiona un déficit en el acceso al lenguaje oral.

Personas con discapacidad física³⁷: la discapacidad física es el conjunto de deficiencias en las funciones y estructuras neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento, que pueden generar restricciones en el aprendizaje, la aplicación de conocimientos, la ejecución de tareas, la comunicación, la movilidad, el auto cuidado, la vida doméstica, las interacciones y relaciones interpersonales; estas restricciones están determinadas por factores contextuales relacionados a los cambios en el entorno derivados de la actividad humana, los apoyos, las relaciones, las actitudes, los servicios, los sistemas y las políticas.

Persona con discapacidad intelectual³⁸: Incluye aquellas personas que presentan deficiencias en las funciones relacionadas con el aprendizaje y que, al interactuar con las barreras debidas a la actitud y el entorno, evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

Persona con discapacidad visual³⁹: Es la persona que presenta una deficiencia en el sistema de visión, las estructuras y funciones asociadas a él, resultado de una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad; que, al entrar en contacto con las barreras físicas y actitudinales del entorno, puede verse agravada.

Placa dental⁴⁰: Masa blanda tenaz adherente de colonias bacterianas que se depositan en superficie de los dientes, la encía y otras superficies.

Promoción de la Salud: consiste en proporcionar a la sociedad los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir las condiciones y los requisitos para la salud: paz, vivienda,

³⁶ Tomado de Reglamento a la ley de autonomía personal de las personas con discapacidad. Capítulo I. Artículo 2.-Definiciones.

³⁷ Idem.

³⁸ Idem.

³⁹ Tomado de Reglamento a la ley de autonomía personal de las personas con discapacidad. Capítulo I. Artículo 2.-Definiciones.

⁴⁰ Katz S. McDonald OL. Stookey GK. Odontología Preventiva en Acción, Buenos Aires: Ed Medica Panamericana S.A. 1989;8-92

educación, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

Riesgo⁴¹: aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales.

Riesgo Reproductivo⁴²: es la probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo sufran un evento adverso en el proceso en cuestión.

Salud Sexual y Reproductiva⁴³: de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Sustancias Psicoactivas⁴⁴: es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2004).

3. ABREVIATURAS.

CUADRO NÚMERO 1. ABREVIATURAS.

AAIP	Área de Atención Integral a las Personas
AGREE II	Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica.
APGAR	Valoración de Parámetros Vitales al Nacer en el Recién Nacido.

⁴¹Rosabal G., E.; Romero M., N.; Gaquín R., K. y Hernández M., R.A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. Revista Cubana de Medicina Militar, 44 (2), 218-229.

⁴²Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolo de Atención Preconcepcional. Colombia. 2014

⁴³Tomado de: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/ consultado el 09/04/2019

⁴⁴Tomado de: <https://www.OMS 2004>

ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria.
BPN	Bajo Peso al nacer
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social.
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
DM	Diabetes Mellitus
DIU	Dispositivo intrauterino.
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
EG	Edad Gestacional.
FUM	Fecha de Última Menstruación.
FPP	Fecha Probable de Parto.
GPACVO	Gestas, Partos, Abortos, Cesáreas, Hijos Vivos, óbito fetal
HTA	Hipertensión Arterial.
IM	Vía Intramuscular.
IMC	Índice de Masa Corporal.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MBA	Medicina Basada en Evidencia.
ME	Mujer Embarazada
MPF	Método de planificación familiar.
MS	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PA	Presión Arterial
PAP	Citología Cervicouterina.
RCIU	Restricción Crecimiento Intrauterino.
Sub-b (+):	Prueba de embarazo positiva.
Tdap	Vacuna contra tétanos, difteria y tosferina.

VDRL:	Venereal Disease Research Laboratory. Por sus siglas en inglés. Es una prueba de detección para sífilis. Este examen mide sustancias, llamadas anticuerpos, que se pueden producir en respuesta al <i>Treponema pallidum</i> , la bacteria que causa la sífilis.
VIH:	Síndrome de inmunodeficiencia humana.
VPH:	Virus del papiloma humano.

4. REFERENCIAS NORMATIVAS.

Brindar educación en salud a la mujer usuaria individualmente, o con su pareja, que acude por atención a los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, ha sido una preocupación constante en la formulación de programas y proyectos que se generan.

Ha sido evidente la necesidad de ofrecer información sobre métodos anticonceptivos, nutrición, autocuidado de su salud; informarle sobre la identificación de su riesgo reproductivo, espacio intergenésico, entre otros temas importantes. Es decir, brindarles una consejería particularizada y según la especialidad de cada profesional, que incorpore también aspectos generales sobre el proyecto de vida, sentido de la maternidad y paternidad, así como aspectos que la persona considere relevantes sobre su sexualidad.

De ahí que se pretende crear un documento de referencia para el personal de salud que pueda ser de fácil uso y aplicación, con mujeres usuarias que se captan antes de decidir embarazarse, también para aquellas que ya están en embarazadas, independientemente de sus semanas gestacionales. Esto con el propósito de aprovechar esta ventana de tiempo y que ella pueda tomar una decisión informada con asesoría del personal de salud.

La revisión de documentos a nivel nacional como internacional y su respectiva normalización, fueron las bases para la elaboración de este Protocolo de Atención Clínica de Normalización de la Atención Preconcepcional.

Las experiencias propias del ejercicio de los profesionales que construyeron este documento enriquecieron los temas desarrollados en este documento.

CUADRO NUMERO 2. REFERENCIAS NORMATIVAS.

1948	Declaración de los Derechos Humanos.
1949	Constitución Política.
1973	Ley General de Salud.
1996	Ley Contra la Violencia Domestica. Ley N° 7586
1997	Reglamento del Seguro de Salud (Enfermedad y Maternidad)
1998	Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739
1999	Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales.
2009	Guía de Atención Integral a la Mujer Niño y Niña en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto.
2015	Manual Técnico de Educación Perinatal para mujeres gestantes y sus familias.
2015-2020	Política para la Primera Infancia.
2001	Ley 8204. Ley sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas
	Ley 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud.
	Decreto N° 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica
2016	Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad N ° 9379
2016	Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos. Versión 2
2017.	Decreto N° 40556-S Modificación al Reglamento de Vigilancia de la Salud
2018	Protocolo para uso de anticonceptivos en la CCSS.
2018	Ampliación del criterio relacionado con el “Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes de 10 a 19 años”
Xx	Fichas técnicas de compromiso de gestión Dra. Soto lo solicita para definir tiempos de consulta. Pedir reunión a Roger Lopez.

5. ALCANCE.

6. USUARIOS (AS) DIANA.

Todo el personal de salud que labora en los diferentes escenarios de atención de la Red de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

7. POBLACIÓN DIANA

Las mujeres usuarias y/o sus parejas en edad reproductiva que desea un embarazo y reciben atención en los diferentes Niveles de Atención de los Servicios de Salud de la CCSS.

8. OBJETIVO GENERAL

Brindar al personal de salud directrices institucionales con herramientas educativas y de gestión para estandarizar los procesos de la atención preconcepcional de las mujeres y sus parejas que consultan en los diferentes Niveles de Atención de la CCSS, contribuyendo a mejorar la atención de la población meta.

9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Proporcionar al personal de salud contenidos sobre consejería preconcepcional a desarrollar con cada mujer, su pareja o acompañante de acuerdo a la razón de la consulta, en los diferentes escenarios de atención profesional.
- Fortalecimiento de las capacidades, conocimientos y actitudes del personal al momento de brindar consejería preconcepcional.

- Fortalecer capacidades, conocimientos y actitudes del personal de salud para guiar a las personas usuarias (mujeres y hombres) en la toma de decisiones con relación a la planificación de un embarazo tomando en cuenta posibles factores de riesgo involucrados tanto para la madre como para el bebé.

10.METODOLOGÍA.

La elaboración de este Manual de Procedimientos se basó en el formato establecido en el documento “Manual metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS”⁴⁵.

Se realizó una búsqueda de la normativa institucional, nacional e internacional existente y actual en el campo de la atención preconcepcional. Además de una búsqueda bibliográfica en temas relacionados al mismo tema, tales como riesgo genético, nutrición, alimentación, factores hereditarios entre otros, en las diferentes bases de datos.

El equipo elaborador trabajó de forma Inter programática con el Programa de Normalización a la Atención a las Adicciones, se diseñó un plan de trabajo para la construcción de este Manual de Procedimientos, el mismo está conformado por las actividades críticas de revisión de información y la distribución de tareas. Este plan de trabajo se modificó en el transcurso de la construcción del Manual de Procedimientos.

Además, se realizaron consultas a otros profesionales y expertos externos a la institución que trabajan directamente en el proceso de atención a las mujeres y sus parejas, con el fin de contar con diferentes perspectivas de este proceso.

Se realizó una validación utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado)⁴⁶ con un grupo representativo de posibles usuarios diana de este Manual de Procedimientos, seleccionando al menos un panel de expertos reconocidos en el campo de la ginecología y obstetricia, medicina general, enfermería obstétrica, psicología, odontología, nutrición y trabajo social a nivel Institucional, a cargo o que estén involucrados en proceso de atención a

⁴⁵ CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS. Versión 02. San José. 2016

⁴⁶ CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Versión 02. DDSS. Costa Rica. 2016.

la mujer y su pareja en los servicios de salud institucionales. Con el fin de obtener un consenso de opiniones de los expertos en relación con el contenido del documento.

Se incluyeron xx expertos que laboran en la Institución en diversas disciplinas como fueron: enfermería, medicina, psiquiatría, nutrición, educación, trabajo social, psicología entre otras.

Figura 1. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado



FUENTE: CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Versión 02. San José, Costa Rica. 2016.

Se utilizó una encuesta enviada vía correo electrónico (ver Anexo # xx) y se envió el documento final en formato pdf, donde el experto puntúa cada ítem con una escala de uno a nueve dependiendo qué tan apropiado considera el contenido del documento. Una puntuación de 1 significa que el contenido es extremadamente inapropiado y un 9 significa que es extremadamente apropiado. Se utilizó la siguiente escala de puntuación:

Se consideró como apropiado si el 100% de los colaboradores (as) situó su calificación en el rango de 7 a 9 de la escala, lo que se llamó consenso absoluto. Por el contrario, si la recomendación recibió una calificación por alguno de los colaboradores (as) entre el rango de 4 a 6 fue considerada como dudosa. Entre 1 y 3 como inapropiada y se denominó consenso por mayoría. En los casos en que fue más de un colaborador (a) que evaluaron entre el rango de 1 a 6 la recomendación, se consideró como más de una persona discrepando. Todas las recomendaciones de la primera ronda que no fueron aprobadas por consenso absoluto fueron sometidas a una segunda ronda y de ser preciso a una tercera ronda (reunión presencial). Posterior al proceso de validación del documento y una vez realizada la tabulación de la información recibida en la encuesta se observa que la puntuación general se sitúa en el rango

de xx (x puntos). Con el resultado del proceso de validación de expertos se incorporaron las modificaciones y recomendaciones recopiladas, emitiéndose una segunda versión del Manual de Procedimientos con el fin de ser enviada a las jefaturas correspondientes para su aprobación final.

Una vez concluida la validación, y previo a la oficialización del documento, se realizó una evaluación de la calidad metodológica del Manual de Procedimientos, por medio de un instrumento de evaluación que contempla los puntos clave de cumplimiento del Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS⁴⁷ y basado en el AGREE II⁴⁸.

11. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO.

Los funcionarios de la CCSS que deben cumplir con lo establecido en este manual son:

- Personal Médico
- Personal de Enfermería
- Personal de Trabajo Social
- Personal de Nutrición
- Personal de Psicología
- Personal de Odontología.
- Personal de Farmacia

12. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO.

- Directores (as) Médicos(as) de Hospitales Nacionales, Regionales, Periféricos.
- Directores (as) Enfermería de Hospitales Nacionales, Regionales, Periféricos.
- Jefaturas de todos los servicios involucrados.

⁴⁷Mora A. et al (2016). Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Dirección de Desarrollo, Caja Costarricense de Seguro Social.

⁴⁸ Mora A. et al (2016). Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS. Dirección de Desarrollo, Caja Costarricense de Seguro Social.

13. MARCO CONCEPTUAL.

La atención preconcepcional debe ser concebida como el momento oportuno para atender, informar y asesorar a la población que consulta los servicios de salud que en su proyecto de vida contempla la posibilidad de procrear hijos, por lo que la atención preconcepcional se concibe como un derecho en salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres, así como un respaldo para niños y niñas por nacer.

Esta atención deberá ir acompañada con una consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección según corresponda.

El objetivo de la atención preconcepcional es identificar en conjunto con la usuaria factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para tratarlos de manera integral e interdisciplinaria, con lo que se pretende disminuir el efecto de aquellos determinantes que se encuentren tanto en la madre como en el hijo(a).

Las intervenciones que realice el personal de salud deben ser valoradas y articuladas entre la persona usuaria, el profesional y de ser necesario con quien se haga acompañar de la (especialmente cuando esta sea adolescente). De esta manera la atención preconcepcional se convierte en una herramienta de prevención de forma que mediante estrategias educativas la persona usuaria asuma responsablemente su autocuidado, en los ámbitos físico o, social y emocional.

Es necesario que la atención preconcepcional se brinde a la persona usuaria de forma integral y tomando en cuenta factores como lo son la edad, nivel educativo o nivel de comprensión, género de quien consulta, además del lugar de procedencia tomando en cuenta la etnia y las diferencias existentes entre la zona rural y urbana.

A pesar de que todos los grupos en edad reproductiva son prioritarios, se considera de suma importancia tomar en cuenta las particularidades de grupos con mayor vulnerabilidad como población indígena, con deprivación socioeconómica y sociocultural, personas con discapacidad y especialmente población adolescente, etapa de la vida del ser humano en la que se alcanza la madurez tanto sexual como reproductiva.

Por con siguiente la etapa de adolescencia sería un momento idóneo para que el personal de salud brinde información adecuada a sus necesidades, además de información de gran

relevancia, tales como proyecto de vida, ejercicio del rol materno y paterno, autocuidado de su salud, uso de métodos de anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de la violencia, trastornos alimenticios, y hábitos alimenticios, según requerimientos de cada uno(a). Por lo tanto, es recomendable la intervención oportuna para que puedan tomar decisiones informadas que afecten positivamente su futuro reproductivo.

La Atención Preconcepcional estará definida para no menos de dos consultas, desde donde se derivará con referencia al o los especialistas, en caso de que el personal de salud encuentre alguna condición que lo amerite.

La estrategia de atención se direcciona a desarrollar acciones de promoción y prevención, utilizando la comunicación entre las personas usuarias que consultan y los funcionarios de servicios de salud de la CCSS.

El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan preguntar a las mujeres de manera rutinaria sobre sus objetivos reproductivos para poder fomentar la creación de un “plan de vida reproductiva”. Sin embargo, indican que la planificación a largo plazo puede ser difícil para muchas mujeres, por lo tanto, es más efectivo preguntarles acerca de sus objetivos en un plazo más corto, 12 meses, para así poder planificar la reproducción.

En el caso de las mujeres que no desean un embarazo en un plazo menor de 12 meses, se les debe brindar información acerca de métodos anticonceptivos reversibles altamente efectivos por ejemplo anticonceptivos intrauterinos o implante subdérmicos⁴⁹.

13.1 FACTORES BIOLÓGICOS DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LA MUJER Y EL HOMBRE.

La Organización Mundial de la Salud define riesgo como una característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene⁵⁰. Es importante resaltar que tanto la mujer como el hombre

⁴⁹ Callegari et al. (2015). Preconception Care and Reproductive Planning in Primary Care. *Med Clin N Am* 99 (2015) 663–682

⁵⁰ Tomado de: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/ consultado el 13/05/2019

tienen la probabilidad de presentar algún riesgo reproductivo, ya que cada uno aportará el 50% cuando se logre el embarazo.

Por lo tanto, en el caso de los hombres los factores determinantes que encontramos son el alcohol, la violencia intrafamiliar, conductas sexuales de riesgo, uso de drogas, desnutrición, enfermedades crónicas, que en muchas ocasiones no se las tratan adecuadamente debido al poco autocuidado que tienen con respecto a su salud⁵¹. Estos factores pueden encontrarse en las mujeres también, pero son más determinantes en los hombres.

Es importante entonces a través de la atención que se brinda en los servicios de salud de la CCSS, crear conciencia en la población masculina sobre la participación activa en su proceso de salud, y salud reproductiva, identificando los factores de riesgo a los que está expuesto, tanto biológicos como psicosociales. De esta manera podrá entonces realizar modificaciones en aquellos factores de riesgo que sean modificables y por medio de la educación en salud incidir en la incorporación de la práctica de hábitos de estilo de vida saludables.

Factores de riesgo preconcepcional en la mujer:

- **Edad materna avanzada:** la edad materna es un aspecto muy importante que debe ser valorado por la mujer y su pareja, ya que, a mayor edad de la mujer al momento del embarazo, aumenta la probabilidad de aborto espontáneo, anomalías cromosómicas, anomalías congénitas, diabetes gestacional, placenta previa y parto por cesárea. Además, las mujeres mayores a 40 años presentan mayor riesgo de desprendimiento de placenta, parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. según la normativa vigente de la CCSS que establece el rango de edad máximo de 35 años⁵². A mayor edad el riesgo de tener un hijo(a) con Síndrome de Down aumenta, así mismo otras malformaciones genéticas y congénitas, enfermedades crónicas propias de la mujer adulta, tales como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades metabólicas, etc⁵³.

⁵¹ Muguercia. J. et al. Repercusión de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. Medisan (2014)

⁵² Ministerio de Salud. Norma oficial Atención Integral Mujer Embarazada de Bajo Riesgo Obstétrico. San José. 2009.

⁵³ Callegari et al. Preconception Care and Reproductive Planning in Primary Care. Med Clin N Am 99 (2015) 663–682

- **Edad materna baja:** la edad materna por debajo de los 20 años se asocia a un mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal, lo cual se asocia a mayor morbilidad y mortalidad infantil. Además del riesgo biológico, se genera riesgo social para el recién nacido y la madre, por lo que se considera un problema de salud pública⁵⁴.
- **Infecciones:** deben ser detectadas y tratadas antes de una nueva gestación las infecciones que representan riesgo perinatal, sean éstas diagnosticadas en la mujer o en su pareja.
- **Cáncer:** es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo⁵⁵.
- **Condición nutricional**⁵⁶: Es necesario revisar hábitos alimenticios, condición de la mujer en relación con su peso, sobrepeso, obesidad o desnutrición. Se debe valorar la pérdida o ganancia de peso que requiera la mujer según la necesidad de cada una para que tenga el estado nutricional adecuado al momento de decidir el embarazo. Es importante identificar posibles trastornos alimentarios en la valoración de la mujer. Además, la suplementación con ácido fólico de 5 mg para todas las mujeres especialmente para aquellas con antecedentes de niños(as) con defectos del tubo neural o que utilizan anticonvulsivantes depletos de folatos. La usuaria que tiene un IMC mayor a 25 Kg/m² o menor o igual a 18.5 Kg/m², debe abordarse en Segundo y Tercer Nivel de Atención para su respectiva atención nutricional.

La valoración nutricional también debe realizarse en el hombre y se recomienda informar a aquellos que tengan un IMC mayor a 30 kg/m², que tienen probabilidad de tener una fertilidad reducida.

En el caso de que la persona usuaria tenga sobrepeso, la pérdida que se recomienda es de al menos 10% del peso ya que eso mejorará su pronóstico reproductivo, y hasta alcanzar un IMC

⁵⁴ Donoso, E. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile 2014; 142: 168-174. (2014).

⁵⁵ Tomado de: <https://www.who.int/topics/cancer/es/> consultado el 15/07/19

⁵⁶ CCSS. Manual de Procedimientos Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS. 2017.

menor de 30 kg/m² podrá ser referida a la Unidad de Medicina Reproductiva de baja complejidad⁵⁷.

La importancia de un estado nutricional adecuado se refleja durante el embarazo con una baja talla, aumentando el riesgo de distocia durante el parto eutócico simple, esto se debe a la disminución en el diámetro de la pelvis. Varios estudios han demostrado que las mujeres de hasta 1.55 cm de talla tienen 4,9 veces más probabilidad de tener un parto por cesárea que las mujeres de mayor estatura. Mientras que existe una incidencia de parto por cesárea del 29,8% en tallas menores a 1.46 cm, asociadas a una mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulípara como en multíparas; aquellas con talla mayor o igual a 1.46 cm representan el 8,5%.

Enfermedades crónicas no transmisibles en la mujer y el hombre: dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles están:

- **La hipertensión arterial:** es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, cuando al momento de la toma los valores son los siguientes PAS \geq 140 mm Hg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mm Hg⁵⁸.
- **Diabetes mellitus:** es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Se clasifica en diabetes Tipo 1 y Tipo 2.
- **Diabetes Tipo 1:** se denomina diabetes insulino dependiente o juvenil, caracterizada por la ausencia de síntesis de insulina.
- **Diabetes Tipo 2:** se denomina diabetes no insulino dependiente o del adulto, el cuerpo es incapaz de utilizar eficazmente la insulina, debido con frecuencia al exceso de peso o a la falta de actividad física⁵⁹
- **Cardiopatías:** Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Son catalogadas como la principal causa de defunción en todo el mundo⁶⁰.

⁵⁷ CCSS. Protocolo de Atención Clínica para el Diagnóstico de la Pareja con Infertilidad y Tratamiento con Técnicas de Baja Complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS. 2016.

⁵⁸ Tomado de: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>, consultado el 03/04/2019

⁵⁹ Tomado de: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/, consultado el 03/04/2019

⁶⁰ Tomado de: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/, consultado 02/04/2019

- **Enfermedad Renal:** La enfermedad renal crónica del riñón, también llamada insuficiencia renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina⁶¹
- **Patología tiroidea:** Las alteraciones de funcionamiento más conocidas son el hiper y el hipotiroidismo, que suelen estar acompañadas del aumento del tamaño de la glándula. El hipotiroidismo disminuye la producción de hormonas tiroideas, sus síntomas más frecuentes son: decaimiento, sueño, fatiga, sobrepeso y problemas en la función reproductiva. El hipertiroidismo, un exceso de la función de la glándula, puede manifestarse con irritabilidad, taquicardia, pérdida de peso -pese incluso a mayor apetito- y nerviosismo, temblores y calor inusual⁶².
- **Asma:** es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche⁶³.
- **Epilepsia:** es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres⁶⁴.

Al momento de identificar alguna de estas condiciones en la mujer, ésta debe ser referida a la consulta de ginecología y medicina interna para que sean valoradas previo al embarazo, de tal manera que como especialistas definan la pertinencia de la valoración multidisciplinaria, dependiendo de cada condición.

Es necesario también realizar la revisión de las enfermedades sistémicas en la mujer tales como las siguientes:

⁶¹ Tomado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=349&Itemid=40937&lang=es/ consultado 04/04/2019

⁶² Tomado de: 04/04/2019 https://www.aepap.org/sites/default/files/161-174_patologia_tiroidea.pdf, consultado 04/04/2019.

⁶³ Tomado de: <https://www.who.int/respiratory/asthma/es/> consultado 16/05/2019

⁶⁴ Tomado de: <https://www.who.int/topics/epilepsy/es/> consultado 16/05/2019

Enfermedades sistémicas en la mujer: la mujer debe ser valorada por especialista de la patología específica que padezca, quien determinará si existe o no alguna contraindicación para el embarazo, como en el caso de las siguientes enfermedades:

- **Lupus eritematoso sistémico:** es una enfermedad que predomina en la mujer en la etapa fértil de su vida. La hiperreactividad de las células B se traduce en formación de autoanticuerpos patogénicos que pueden afectar variados órganos y sistemas en forma coincidente o aditiva⁶⁵.
- **Enfermedades autoinmunes descompensadas:** son afecciones frecuentes en medicina, precisamente por la multiplicidad de afecciones que la componen y la diversidad de órganos y sistemas que pueden comprometer en forma aislada o combinada, son causantes habitualmente de presentaciones severas en pacientes que padecen una enfermedad conocida o ser el síntoma de presentación de la misma. De tal manera que las formas agudas y/o severas deben ser reconocidas y valoradas por el médico tratante en forma rápida considerando que dichas formas pueden modificar la vida del paciente. Se debe contemplar por su severidad y frecuencia las siguientes entidades o cuadros clínicos agudos: Hemorragia pulmonar, sangrado del tubo digestivo, abdomen agudo, amaurosis, Rbdomiolisis, anemia hemolítica, purpura trombocitopénica, psicosis, convulsiones, ACV, mielitis transversa, trombosis aguda arterial o venosa, Tromboembolismo pulmonar, taponamiento cardiaco, Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia renal aguda, vasculitis del SNC o periférico, Crisis hipertensiva, Septicemia⁶⁶.
- **Consanguinidad:** es necesario definir el grado de parentesco de la pareja. Los individuos son consanguíneos si por lo menos tienen un antecesor común. Valoración del grupo y Rh materno y paterno investigación por incompatibilidades de Grupo y Rh.

Condiciones de trabajo:

⁶⁵Arturi, A. Enfermedades autoinmunes sistémicas: urgencias y emergencias clínicas. Revista Autoinmunidad. Buenos Aires. Volumen 3. Número 7. Octubre 2018

⁶⁶Arturi, A. Enfermedades autoinmunes sistémicas: urgencias y emergencias clínicas. Revista Autoinmunidad. Buenos Aires. Volumen 3. Número 7. Octubre 2018

- **Ocupación:** algunas se han relacionado con un aumento en resultados perinatales adversos tales como: aborto, muerte fetal, parto de pretérmino, bajo peso al nacer, y algunos defectos congénitos. Se identifican algunas de estas condiciones laborales.
- **Exposición a tóxicos químicos** (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas).

En el caso de las mujeres que se considere que pueden tener riesgo de exponerse a estas circunstancias laborales, se recomienda orientación para que soliciten adaptaciones o cambios antes de embarazarse o apenas lo sepan, con el fin de disminuir los riesgos.

Espacio intergenésico: de acuerdo a la OMS, el espacio intergenésico es el que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio es decir fecha de la última menstruación y el inicio del siguiente embarazo⁶⁷, el evento obstétrico puede ser un aborto o parto, ya sea vaginal o por cesárea. Hay un aumento del riesgo materno fetal en relación a la duración del periodo intergenésico. Según la OMS, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales. Por lo anterior, se considera periodo intergenésico corto (PIC) aquel menor a 18 meses y periodo intergenésico largo (PIL) como aquel mayor a 60 meses⁶⁸.

Consejo Genético: La American Society of Human Genetics define el asesoramiento genético como un proceso de comunicación que trata con los problemas asociados con la aparición, o con el riesgo de aparición, de una enfermedad genética en una familia. El proceso del asesoramiento genético requiere la participación de uno o varios profesionales formados en este campo para ayudar al individuo o familia a: 1. Entender los aspectos médicos de la enfermedad o síndrome, incluyendo el diagnóstico, posibles causas, y el manejo médico actual; 2. Diferenciar cómo la herencia puede contribuir a la enfermedad o síndrome y el riesgo de transmisión a familiares; 3. Entender las opciones para enfrentarse al riesgo de transmisión; 4. Escoger la actuación que parece más apropiada en función del riesgo, la dinámica familiar, sus principios éticos y/o religiosos, y actuar de acuerdo a estos principios.⁶⁹

⁶⁷ Rev Chil Obstet Ginecol 2018; 83(1)

⁶⁸ Rev Chil Obstet Ginecol 2018; 83(1)

⁶⁹ Tomado de: file:///K:/Preconcepcional/Consejo%20Genetico.pdf: consultado el 11-09-2019

13.2 FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICOS Y SOCIALES PRECONCEPCIONALES EN LA MUJER Y EL HOMBRE.

Los factores psicosociales son elementos que influyen en todo el proceso de embarazo, así en un estudio realizado por Alvarado, Medina y Aranda (2002), se demuestra la elevada frecuencia de situaciones que influyen en el embarazo, entre las que se destacan que el 55,7% de las mujeres no había planificado su embarazo, 31,8% de las mujeres considera su embarazo como un evento negativo en su vida, 16,7% ha sufrido la muerte o enfermedad de un familiar próximo y el 80,7% se encuentra insatisfecha con el apoyo social que tiene, de acuerdo a lo esperado.

Agregan estos mismos autores que vale la pena destacar las variables asociadas a las conductas de autocuidado por parte de las mujeres embarazada, entre ellas: que un porcentaje importante de las mujeres inició su control prenatal antes de las 20 semanas de edad gestacional (60,4% antes de las 13 semanas y 84,9% antes de las 20 semanas), gran parte de las que fumaban y bebían alcohol dejaron de hacerlo. Esto nos propone la necesidad de llevar a cabo acciones de promoción de la salud durante esta etapa, ya que las gestantes se encuentran motivadas y con una actitud positiva frente al cuidado de su embarazo; pero a su vez también trabajar este aspecto con las que no tienen dicha actitud lo más temprano posible; además de incorporarlo dentro de las acciones de consejería para aquellas mujeres que tienen interés en tener hijos.

También un escenario dentro de las dimensiones psicosociales que se aprecia como fundamental para las mujeres adultas embarazadas es el laboral. Así en una investigación realizada por Marrero, Aguilera y Adrete (2008) en Cuba, donde se incluyeron 78 trabajadoras embarazadas del sector de la salud (médicas, enfermeras, técnicas de laboratorio y auxiliares), entre 25 y 35 años de edad (30 ± 5 años), la mayoría casadas o convivían con su pareja, con un nivel socioeconómico percibido como bueno o regular, mostraron los siguientes elementos:

- El trabajo realizado por las gestantes es caracterizado en la mayoría de los casos (71/78) como de alta tensión (altas demandas y bajo control), son pocos (4%) los caracterizados

como activo (altas demandas y alto control), de baja tensión (2%) o pasivo (2%), siendo así que el 95% de las gestantes evaluadas tendrían estrés laboral.

- Se encontró asociación entre el tiempo de trabajo previo en el sector salud y la presencia de complicaciones durante el embarazo: amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino.
- Las trabajadoras embarazadas refirieron alta tensión laboral y reconocieron que su trabajo les generaba altas demandas psicológicas, así mismo consideran su trabajo como de alto esfuerzo extrínseco y baja recompensa, que es la razón de una mayor probabilidad de generar estrés laboral
- La amenaza de parto pretérmino, de aborto y el tiempo de trabajo durante el embarazo están relacionados con un mayor estrés laboral. Conclusiones. Existe un elevado nivel de estrés laboral en las trabajadoras del sector salud de ciudad de La Habana.

En ese sentido en una investigación realizada por González-Galarzo, García, Estarlich, García, Esplugues, Rodríguez, Rebagliato y Ballester (2003) en Valencia, el análisis muestra que más de la mitad de las mujeres refirieron la exposición laboral frecuente a riesgos psicosociales, contaminantes físicos y carga física. Casi una de cada cuatro mujeres declaró exposición frecuente a riesgos químicos y un 6% a riesgos biológicos. La frecuencia de la exposición a estos riesgos estaba relacionada con características sociodemográficas y laborales de las mujeres, incluyendo edad, nivel educativo, nacionalidad y tipo de contrato. Donde parece que no se aplican medidas especiales de protección de las mujeres trabajadoras embarazadas en comparación con el colectivo general de trabajadores.

Agregan González-Galarzo y otros, “la existencia de desigualdades sociales en la frecuencia de exposición a riesgos laborales. La exposición la referían con más frecuencia las trabajadoras manuales y las operadoras de maquinaria, así como las mujeres con bajo nivel de estudios. Otros estudios realizados en España también han señalado estas desigualdades” (2003:423).

Este panorama de los posibles riesgos psicosociales en las mujeres durante el embarazo se complica un poco más en la etapa de adolescencia. Muñoz y Oliva (2009), consideran que es necesario considerar la asociación entre la presencia de estresores psicosociales y el mayor

riesgo de presentar síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) y/o parto prematuro (SPP), en el embarazo adolescente. En ese sentido exponen

- Diversos estudios realizados en embarazadas adolescentes han reportado que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del SHE, en este estudio, fue posible observar que la frecuencia alcanzó un 19,2% de las adolescentes embarazadas y en lo que respecta al SPP, se encontró una incidencia de 31,5% del total de nacimientos.
- Leeners y cols (2007, citado por Muñoz y Oliva, 2009), señalaron que el estrés emocional durante el embarazo representaba un efecto significativo en la incidencia de desórdenes hipertensivos del embarazo.
- A su vez sostienen que las tensiones psicosociales como la violencia durante el embarazo y el estrés, pueden desencadenar un trabajo de parto prematuro, durante una situación de estrés. Agregan que el estudio realizado constató que la agresión psicológica familiar y la presencia de algún evento estresante y/o depresión durante la gestación de la adolescente están asociados significativamente a la presencia de SPP y/o SHE.
- La variable violencia en el hogar, fue posible constatar que existió una asociación significativa con la presencia de SHE y/o SPP. La disfunción familiar ha demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal.

La importancia de considerar estrategias diferenciadas para la población adolescente no solo es por los elementos propios de la adolescencia, sino porque aportan un porcentaje significativo de los embarazos. Considerar los diferentes riesgos de este grupo etáreo siguen siendo un imperativo en el abordaje de atenciones preconcepcionales, en este sentido, Mora y Hernández (2015) establecen que la importancia radica en el hecho de que el impacto de los embarazos en adolescentes comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y sobre todo cuando las condiciones sociales y económicas y el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es fundamental para el desarrollo psicosocial materno posterior.

Mora y Hernández (2015), señalan que las y los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a

más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos. Siendo que las adolescentes tienen embarazos a edades muy tempranas, con el riesgo de aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. De allí la necesidad de la labor preventiva preconcepcional tanto en hombres como en mujeres adolescentes.

13.3 VIOLENCIA Y SUS MANIFESTACIONES.

La violencia es considerada un problema de salud pública y la mujer que la experimenta enfrenta problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos⁷⁰. Y si la violencia ocurre durante el embarazo aumentan las posibilidades de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer.

En la actualidad se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor prevalencia que la hipertensión arterial o la diabetes⁷¹, influenciando la variables psicosociales y epidemiológicas la evolución del embarazo, más que el mismo riesgo biológico.

Un estudio sistemático⁷² de datos de 133 países, que incluye el 88% de la población mundial, es decir 6100 millones de personas, tipifica a las mujeres, niños y personas mayores como las que soportan mayor maltrato físico y psicológico y abusos sexuales.

Entre las consecuencias de la violencia para el comportamiento y la salud, según este mismo estudio, se da énfasis a las de salud mental, problemas de conducta, enfermedades crónicas y las de salud sexual y reproductivas. Detallándose en las tipo sexual y reproductivo “el embarazo involuntario, complicaciones en el embarazo, abortos peligrosos, trastornos ginecológicos, síndromes de dolor complejo, dolor pélvico crónico, VIH y otras ITS”⁷³.

La Organización de Naciones Unidas, define la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública, como en la privada”⁷⁴.

⁷⁰ Cervantes Sánchez P et al. Revista Médica Inst Mex seguro social.2016.Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años.

⁷¹ Revista médica sinergia, vol 3, num:1, Dra. Karen Wedel Herrera, C.R. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo.

⁷² Informe de la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. OMS, UNODC, PNUD.

⁷³ Informe de la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. OMS, UNODC, PNUD.

⁷⁴ ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. New York, Naciones Unidas 1993.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, la clasifica en tres categorías según las características de los que cometen el acto de violencia. Violencia auto infringida, interpersonal y colectiva. Y la subdivide según la naturaleza de los actos de violencia en Física, Sexual y Emocional, incluyendo las privaciones y descuidos⁷⁵.

La ley # 7586 Contra la Violencia Doméstica costarricense, define estos tipos de violencia para el entorno nacional y agrega la violencia de tipo patrimonial:

- a. **Violencia psicológica:** Acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.
- b. **Violencia física:** Acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona.
- c. **Violencia sexual:** Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.
- d. **Violencia patrimonial:** Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de alguna de las personas mencionadas en el inciso a) anterior. Considerando el efecto de la violencia en la vida de las mujeres y sus familias, desde un marco legal, se desarrollan planes de atención de emergencia y respaldo policial en caso de requerirse. Además de forma paralela las personas víctimas pueden recibir atención para enfrentar la situación y romper con el ciclo de violencia, para

⁷⁵ 54.° CONSEJO DIRECTIVO 67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015. Estrategia y Plan de Acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres.

describirlo utilizaremos la propuesta de Batres et al (2002), que si bien es cierto está dirigido a explicar el ciclo de violencia desde las mujeres podríamos aplicarla a ambos sexos, a continuación.

Figura # 2: EL CICLO DE LA VIOLENCIA DESDE LAS MUJERES.



Fuente: Batres, Recinos y Dumani (2002) Modulo 3 p 7

13.4 MASCULINIDAD-REPRODUCCION-PATERNIDAD.

Para entender la aproximación que hace el hombre a la reproducción y el ejercicio de la paternidad, se hace necesario iniciar con una conceptualización de lo que es el género. Abarca propone que “es un sistema de significados determinado por la ideología dominante de una sociedad. Teresa de Lauretis (en Ramos, 1991) señala que el género, como la sexualidad, no son una propiedad de los cuerpos ni algo existente desde el origen de los seres humanos, sino que son un conjunto de efectos producidos sobre los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales. Como tal, constituye la representación de la relación entre hombres y mujeres

construida socialmente; al mismo tiempo que constituye una construcción sociocultural, es un aparato semiótico, esto es, un sistema de representación que asigna significado a los individuos dentro de la sociedad” (1999:193).

La masculinidad tradicional se constituye en el paradigma dominante y por ende como un modelo para la sociedad y esto en un “doble sentido de representación simbólica de la realidad (así se concibe la masculinidad) y norma (así se orienta la conducta de un hombre). La masculinidad hegemónica constituye un saber ideológico que orienta, motiva e interpela a los individuos concretos constituyéndolos en sujetos, a la espera de una respuesta “sujetada” a la norma (Althusser, en Zúñiga, 1971). Al mismo tiempo, la existencia de un modelo dominante supone la posibilidad de subjetividades masculinas que se relacionan en forma diversa con el paradigma, acatando, negando o pervirtiendo su mandato de acuerdo con el contexto en que se encuentren (Sarti,1995, pág. 59)” (Abarca, 1999:194)

Rojas (2012), establece que en este sentido es importante señalar que la sexualidad y la reproducción se estructuraban mutuamente en el pasado, pues la sexualidad organizaba el parentesco y éste era organizado por ella. Cuando estaba directamente relacionada con la reproducción, la sexualidad era un medio de trascendencia” (2012:82).

De allí que “la paternidad se presentaría como alternativa privilegiada de trascendencia masculina en los planos psicológico, cultural y social, quedando de este modo legitimado el poder masculino en el ejercicio de la sexualidad en un ámbito doméstico y los resultados de aquél como actividad reproductiva” (Villa, 1998). Pero ello significa dominio en el ámbito doméstico, no el deseo de pertenecer a tal y menos de someterse a la “gubernabilidad” femenina que supondría el formar parte de este.

Es así que el padre se sabe que existe, pero aparece como una figura lejana, siendo particularmente válido entre “los varones de sectores de bajos recursos, el padre también aparece como una figura lejana. Aquí, el escaso conocimiento de los padres se limita al obtenido al ingresar al mundo del trabajo: el padre pertenece al mundo de los hombres plenos, al mundo exterior” (Abarca 1999:203)

Sin embargo, el tamaño de la familia comienza a limitarse, la fecundidad de las parejas empieza a ser controlada con el uso de los modernos métodos de anticoncepción, la reproducción deja

de constituirse como un hecho natural y viene a ser gobernada por el deseo de tener hijos. Para gran parte de la población femenina, el control de la natalidad ha significado una profunda transición en la vida personal, en tanto que la sexualidad es, al fin, plenamente autónoma respecto de la reproducción (Rojas, 2012).

Villa, agrega que esto no es solo una preocupación de las mujeres, sino “que se destaca una preocupación masculina por regular la fecundidad particularmente en los varones menores de 25 años por diversos motivos (problemas económicos, valorar la crianza de los hijos, preocupaciones por la salud de la mujer, etc.), también discutíamos que ello se transformaba en un dilema subjetivo para la identidad de los varones ya que practicar tal regulación en el ámbito doméstico supone al mismo tiempo un cuestionamiento simbólico del poder de la sexualidad y del control de la reproducción en el relacionamiento con la mujer-pareja” (1998) Rojas (2012), en un estudio con varones mexicanos, establece que “tener hijos es considerado lo más natural y maravilloso del mundo después del matrimonio, porque significa demostrar sus habilidades procreativas al probar su virilidad y porque se tiene el placer de su compañía; también se ha detectado que para algunos hombres, sobre todo de generaciones jóvenes, la valoración de la paternidad ya no se sustenta en la procreación de descendencias numerosas (Gutmann, 1993 y 1996; Lerner y Quesnel, 1994; Lerner, Quesnel y Yanes, 1994; Vivas, 1996; Hernández-Rosete, 1996)” (2012:83).

Cabe destacar, que, tanto en mujeres como en hombres, especialmente en los más jóvenes, el tener hijos es independiente del ejercicio de la sexualidad y deben atravesar por el deseo. Sin embargo, en la masculinidad tradicional siguen siendo la demostración de la misma, lo que está variando es el número de los mismos, debido a múltiples factores, en especial el económico.

En ese sentido, Abarca, agrega “algo se derrumba dentro de cada hombre y es la conexión entre el rol de proveedor y el orgullo de ser varón, piedra angular de la identidad masculina tradicional. En la medida en que la función proveedora se desexualiza, queda como lo que realmente es: una responsabilidad a cumplir de modo compartido por los dos integrantes del proyecto de pareja” (1999:232).

La necesidad de abordar a la población masculina sobre el deseo de los hijos, el momento y la cantidad, se establece como un imperativo no solo en el marco de una relación de pareja

cuando acude a una consulta, sino también en la consulta sobre salud sexual y reproductiva que realicen ellos, en especial en la población más joven.

Así, Castañeda Porras, Oneida; Gerónimo Ortega, Néstor, Reyes Yolima; Segura, Omar; Morón Duarte; Lina, proponen que “para fomentar comportamientos preventivos, es importante conocer y entender las conductas de riesgo sexual e identificar las variables que los favorecen y sobre las que se puede intervenir. Si bien, la existencia de factores de riesgo no supone la certeza que el daño se vaya a producir, sí nos indica una mayor probabilidad que ocurra, y por lo tanto la necesidad de atenderlos. Cuanto mayor sea el conocimiento sobre los factores que favorecen la seguridad sexual, mayores serán las posibilidades de intervenir para su eliminación o minimización. Estas intervenciones optimizan la atención de la persona usuaria, si se enmarcan en estrategias integrales que tengan en cuenta variables como la edad, género o contexto sociocultural y socioeconómico de los destinatarios” (2010: 35)

Además de fomentar con una propuesta educativa, la educación en el ejercicio de una paternidad amorosa y responsable que permita la integración en el plano afectivo con los hijos y de esa manera resignificar no solo la paternidad, sino también su propia masculinidad.

13.5 ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL

Cuando una mujer está considerando el ser madre, se tiene que considerar que en el embarazo se producen cambios importantes no solo en los aspectos biológicos y familiares, sino también en aspectos psicológicos. Por tanto, se constituye en un imperativo tener presente elementos de índole personal de la mujer, que están vinculados a su historia y a la constitución psíquica; en ese sentido, no es un impedimento para tomar la decisión de tener hijos, pero si hay que tener las acciones preventivas necesarias.

En ese sentido, Jadresic (2010) expresa que hay “numerosos estudios muestran que durante los meses que siguen al parto, período en que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, más del 40% de las madres sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrolla una enfermedad depresiva propiamente tal... Ciertamente el contexto de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y así, por ejemplo, las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual tiñen el vivenciar de los deprimidos, aquí se

traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del niño (a).” (269).

Jadresic (2010), agrega que considerando que el parto es un evento predecible, es conveniente conocer los factores de riesgo de la patología anímica puerperal.

Tabla # 1: Factores de riesgo de trastornos mentales puerperales

Trastorno	Factores de riesgo
Disforia posparto	Síntomas depresivos durante el embarazo Historia de depresión Historia de trastorno disfórico premenstrual
Depresión posparto	Depresión durante el embarazo Historia de depresión, especialmente depresión posparto Conflicto conyugal Apoyo social insuficiente Situaciones vitales adversas durante el embarazo
Psicosis posparto	Historia de trastorno bipolar Primiparidad Psicosis posparto previa

Fuente: Jadresic, Enrique (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio

En esta perspectiva Wolf, Valenzuela, Esteffan y Zapata (2009), que hay factores asociados a la depresión post parto, tales como la edad; a su vez como factores de riesgo la personalidad altamente neurótica, la tendencia a la introversión, los antecedentes psiquiátricos en la familia, episodios depresivos previos. Los eventos vitales estresantes en los doce meses previos al parto, el estilo de apego inseguro, la falta de apoyo emocional y financiero por parte del marido o pareja, el no tener pareja, depresión en la pareja, bajo apoyo social de la familia o amigos, tener una mala relación con la propia madre, se han identificado como factores psicosociales asociado a la depresión post parto.

Wolf y otros (2009), agregan otros factores de riesgo: el embarazo no planificado o no deseado, la ideación o intento de aborto, los abortos espontáneos previos, los embarazos complicados o de alto riesgo, un bebé del sexo no deseado, o con alguna malformación congénita, y el no dar lactancia materna. Estos mismos planteamientos son confirmados por Rondón (2015), donde la asociación entre embarazo no deseado y depresión post parto ha sido investigada, partiendo

de la hipótesis que representa un estresor para la mujer, que da lugar a síntomas de ansiedad y depresión en el embarazo que, a su vez, generan depresión post parto.

Respecto a los factores psicosociales, Wolf y otros (2009), encontraron que el principal factor predictor de la depresión post parto era el percibirse como estresada, además que tener antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia, predecía en forma significativa la aparición de depresión post parto entre las madres adolescentes, y agregaban con respecto a este grupo etáreo que a las 4 semanas post parto era el tener emociones negativas hacia el cuidado del bebé durante el embarazo.

Lartigue, Casanova, Ortiz y Aranda (2004), establecen la importancia de llevar a cabo intervenciones preventivas durante la gestación con el fin de disminuir la depresión postnatal. Destacan la importancia de estas intervenciones no sólo para la recuperación de la salud mental de las futuras madres, sino también para prevenir problemas emocionales y conductuales en sus hijos/as.

La relevancia de tener en cuenta, indicadores predictores de depresión post parto, especialmente en la población adolescente, se constituye en un tema central en una consulta preconcepcional, ya que de ello depende la salud de la mujer y la de los futuros hijos.

13.6 USO, CONSUMO Y ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA MUJER Y HOMBRE EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL.

a. Generalidades

El comportamiento mundial de los últimos años, relacionado con el perfil epidemiológico de los problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, muestra una tendencia al aumento. El consumo de sustancias psicoactivas es causa de enfermedad crónica y muerte en el mundo, en la región y también en el país, constituyéndose en un problema de salud pública, que requiere un abordaje integral, integrado, interdisciplinario e inmediato.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Las sustancias psicoactivas, conocidas más

comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo.

Bajo la denominación de sustancia psicoactiva o droga, se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no solo a características farmacológicas, particulares de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume⁷⁶. Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales o ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas.

Los riesgos para la salud por el consumo de sustancias son el punto principal, pero el consumo de sustancias también está relacionado con problemas de índole social, legal y económicos⁷⁷.

La mayoría de la población mundial no usa drogas. De quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de estos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia.

En este sentido es importante distinguir entre los diferentes patrones de consumo, como son:

Intoxicación aguda⁷⁸:

Los problemas relacionados con la intoxicación aguda pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, a saber:

- Efectos de la intoxicación aguda, como ataxia, vómito, fiebre y confusión.
- Sobredosis y pérdida de conciencia.
- Accidentes y lesiones.
- Agresión y violencia.
- Sexo casual y prácticas sexuales no seguras.
- Conductas impredecibles.

Consumo regular⁷⁹:

El consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos:

- Problemas específicos físicos y de salud mental.
- Tolerancia.
- Ansiedad, depresión, cambios del estado de ánimo, irritabilidad.
- Problemas para dormir.

⁷⁶ CICAD. El Problema de las Drogas en las Américas: Estudios Drogas y Salud Pública. 2013.

⁷⁷ OPS/OMS. ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en atención primaria. 2011.

⁷⁸ OPS/OMS. ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en atención primaria. 2011.

⁷⁹ OPS/OMS. ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en atención primaria. 2011.

- Dificultades económicas.
- Problemas con la ley.
- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Dificultades para mantener un trabajo o con los estudios.
- Problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención.

Consumo dependiente⁸⁰:

Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia pueden ser semejantes a los observados por el consumo regular, aunque más severos. Por lo general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas, y los problemas relacionados son los siguientes:

- Marcada tolerancia.
- Problemas serios de salud física y mental.
- Aumento en la disfuncionalidad de la vida cotidiana.
- Deseos intensos o ansias, y aumento en el deseo de consumir.
- No se cumplen las obligaciones normales.
- Comportamientos criminales.
- Rupturas en las relaciones personales.
- Dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas.
- Posible síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir.
- Consumo continuo a pesar de la evidencia de que el consumo causa daños a la persona.

Los síndromes de abstinencia varían según la sustancia psicoactiva implicada, pero generalmente se asocian con deseos fuertes o ansias (un deseo urgente de la sustancia psicoactiva o sus efectos), ansiedad, irritabilidad, molestias gastrointestinales y problemas para dormir. La severidad de los síntomas depende de las sustancias específicas⁸¹.

En cuanto a los factores psicosociales que entran en juego a nivel individual, éstos se dividen en dos categorías: factores de riesgo que, sin estar ligados causalmente al consumo o dependencia, los anteceden y aumentan su probabilidad de ocurrencia, y factores de protección que hacen propensas a las personas para resistir los riesgos⁸².

Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Además, lo que

⁸⁰ OPS/OMS. ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en atención primaria. 2011.

⁸¹ OPS/OMS. ASSIST La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en atención primaria. 2011

⁸² OEA. El problema de drogas en las Américas: estudios. Drogas y Salud Pública. Sin año.

constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra⁸³. El conocimiento de los factores de riesgo permite identificar las oportunidades de prevención y el conocimiento de los factores de protección ayuda a identificar la manera de intervenir⁸⁴.

Además, existe un comportamiento particular según el género, ya que los hombres consumen más alcohol y más frecuentemente que las mujeres, pero las mujeres sufren más estigma por este consumo. Sin embargo, hay una tendencia al cambio de este comportamiento social, ya que en los últimos años se ha detectado un aumento del consumo de esta sustancia por parte del grupo de mujeres de la región. También se ha detectado que a pesar de que 1 de cada 3 personas que consumen sustancias en el mundo es una mujer, esta población representa sólo 1 de cada 5 personas que es tratada por esta problemática⁸⁵.

Al menos dos veces más hombres que mujeres sufren trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Sin embargo, una vez que las mujeres inician el consumo de sustancias, en particular alcohol, cannabis, opioides y cocaína, tienden a aumentarlo más rápidamente que los hombres, razón por la cual pueden llegar más rápidamente que ellos a sufrir los consiguientes trastornos. Además, las mujeres tienen menos acceso que los hombres al tratamiento necesario. En el decenio pasado las consecuencias sanitarias perjudiciales del consumo de drogas aumentaron más rápidamente en las mujeres que en los hombres⁸⁶.

b. Datos epidemiológicos

Según datos de Naciones Unidas, en el mundo, aproximadamente 275 millones de personas, es decir, el 5.6% de la población mundial en edades entre los 15 y los 64 años, consumió sustancias psicoactivas en al menos una ocasión en 2016. Unos 31 millones de personas que consumen sustancias padecen trastornos relacionados con el consumo, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento⁸⁷.

⁸³ Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Instituto nacional sobre el abuso de drogas. Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes. Segunda edición. 2004.

⁸⁴ OEA. El problema de drogas en las Américas: estudios. Drogas y Salud Pública. Sin año.

⁸⁵ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2015. Resumen ejecutivo. 2015.

⁸⁶ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2018.

⁸⁷ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2018.

La mayoría de los numerosos fallecimientos prematuros relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas pueden evitarse⁸⁸. Según la OMS, en el 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas, principalmente por sobredosis. El resto de las muertes podían atribuirse indirectamente al consumo de drogas, y entre ellas figuran las relacionadas con los virus del VIH y la hepatitis C, contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras⁸⁹.

Los opioides continúan siendo la sustancia que produce más daños, siendo responsables del 76% de las muertes relacionadas con los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Además, los trastornos por opioides constituyen la mayor carga de morbilidad imputable a trastornos relacionados con el consumo de drogas: en 2015, casi 12 millones de AVAD, cifra equivalente al 70% de la carga mundial de morbilidad imputable a estos últimos, correspondieron a los opioides⁹⁰.

Las personas que se inyectan drogas (10.6 millones de personas en todo el mundo para el año 2016, según datos de Naciones Unidas), son quienes afrontan mayores riesgos para la salud. Más de la mitad de esas personas viven con hepatitis C y una de cada ocho padece de VIH⁹¹.

Los datos epidemiológicos generales, relativos a los consumidores de sustancias psicoactivas han variado poco a lo largo de los últimos años, sin embargo, tras esa aparente estabilidad se disimulan los impactantes cambios que están experimentando los mercados de las drogas. Las sustancias disponibles desde hace años coexisten cada vez más con las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y se ha producido un aumento del consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica. Cabe mencionar que los consumidores nunca han tenido a su alcance tal variedad de sustancias y mezclas de sustancias psicoactivas como la que existe actualmente⁹².

Específicamente en Costa Rica, según datos de la Encuesta de Hogares de 2010 de IAFA, la prevalencia de vida del consumo de tabaco en la población entre los 12 y 70 años fue del 24.8%,

⁸⁸ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2017. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2017.

⁸⁹ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2018.

⁹⁰ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2017. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2017.

⁹¹ UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2018.

⁹² UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 2018.

es decir, casi la cuarta parte de la población del país. En relación al consumo del último mes, este es del 13% de la población, representando un número cercano al medio millón de personas⁹³.

En cuanto al consumo de alcohol en el país, la prevalencia de consumo activo es de 20,5%, lo cual supera los valores hallados en otros países de la Región. La incidencia del consumo de alcohol fue de 110 por mil habitantes; al subdividir la incidencia por sexo, se observa que en hombres la incidencia fue mayor que en las mujeres. En relación a la edad promedio de inicio del consumo de alcohol en el país, ésta fue de 17,4 años, con una edad de comienzo significativamente mayor para las mujeres en comparación con la de los hombres⁹⁴.

Los indicadores de consumo activo de cannabis en adolescentes insertos en el sistema educativo presentaron un incremento del año 2006 al 2009, pasando de un 2,3% de consumidores activos a un 3,6%. También aumentó el porcentaje de población en general con consumo de cannabis en el último mes. En cuanto a la edad de inicio de consumo de cannabis, hay una constante disminución en los últimos 20 años, la cual se da tanto en hombres como en mujeres, alcanzando un promedio de 16,7 años en el 2010⁹⁵.

Aunque los valores de consumo de derivados de la hoja de coca persisten bajos en la población general, se ha percibido una tendencia al aumento desde la década de los noventa. Para el año 2010, la incidencia para el consumo de derivados de la hoja de coca fue de 2,5 por mil habitantes. La edad promedio de inicio del consumo fue de 19,1 años. Se considera que los iniciados en este grupo de sustancias lo estarían haciendo después de haber consumido otro tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o marihuana, cuyas edades de inicio son más tempranas⁹⁶.

c. Sistema Nacional de Tratamiento

Específicamente en Costa Rica, la Ley 8204⁹⁷, del año 2002, asigna al fenómeno de las drogas la característica de una materia de interés público y problema social de primera importancia.

⁹³ IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.

⁹⁴ IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.

⁹⁵ IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.

⁹⁶ IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.

⁹⁷ Costa Rica. Reforma integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

Dicha ley menciona que los tratamientos estarán a cargo del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y de cualquier otra entidad o institución legalmente autorizada por el Estado.

Nuestro país cuenta con un Sistema Nacional de Tratamiento, cuyos principales actores son, precisamente, el IAFA, la CCSS, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), y otras entidades públicas y privadas.

El IAFA cuenta con los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) los cuales se encuentran ubicados en Pavas, Liberia, Heredia, Pérez Zeledón, Guápiles, Alajuela, San Vito, San Carlos, San Ramón, Limón, Cartago, Quepos, Puntarenas y Santa Cruz. En San Pedro de Montes de Oca se encuentran el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para las Personas Menores de Edad, el cual brinda atención a personas menores de edad con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y el Proceso de Atención a Pacientes que cuenta con los servicios de consulta, orientación, desintoxicación ambulatoria y consulta externa, los cuales brindan servicios de atención interdisciplinaria y atención farmacológica⁹⁸.

Específicamente en lo que se refiere a la oferta de servicios que se brinda desde la CCSS, la Institución cuenta con diversas alternativas destinadas al abordaje de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Existen 34 clínicas de cesación de fumado, ubicadas en centros hospitalarios a lo largo del país. También se cuenta con el Programa Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual brinda servicio de hospitalización a personas menores de edad.

En el año 2016 se inició la implementación de los EISAM (Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental, Adicciones y Violencia), los cuales brindan atención exclusiva a personas con trastornos mentales, del comportamiento y personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Los EISAM brindan atención de manera ambulatoria. Conformados por profesionales en medicina general, psicología, trabajo social y enfermería en salud mental. Dichos equipos se ubican en el Segundo Nivel de Atención y forman parte de la red de servicios de salud de la CCSS.

A la fecha, se han implementado 13 EISAM en los siguientes establecimientos de salud de la Red:

⁹⁸ www.iafa.go.cr

1. CAIS de Desamparados
2. Hospital San Vicente de Paúl
3. Área de Salud Coronado
4. Hospital Max Terán Valls
5. CAIS Siquirres
6. Hospital Tony Facio Castro
7. Hospital San Carlos
8. Hospital Ciudad Neilly
9. Área de Salud San Rafael de Puntarenas
10. Hospital La Anexión
11. Área de Salud Alajuela Norte
12. CAIS de Cañas
13. Hospital Enrique Baltodano Briceño.

d. Importancia de la detección oportuna y abordaje integral de los trastornos por uso de sustancias

La detección oportuna y las intervenciones breves proporcionan un valioso marco de trabajo para facilitar la derivación a tratamiento especializado en aquellos casos que lo amerite.

El screening o tamizaje es el primer paso en el proceso. Permite identificar a las personas cuyo consumo de sustancias psicoactivas puede poner en riesgo su salud, así como para aquellos que ya están experimentando problemas relacionados con el consumo.

Se debe investigar sistemáticamente, en todo usuario, si es consumidor de sustancias psicoactivas (lícitas e ilícitas) y se debe llevar un registro de esta condición. Es recomendable preguntarlo de una manera apropiada, sin criticar ni juzgar, en el marco de una relación empática y de respeto.

El consumo de sustancias es un serio problema social con alta morbilidad materno-fetal. El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor conlleva a una incidencia creciente en mujeres gestantes consumidoras de sustancias y el consiguiente aumento de recién nacidos afectados por dicho consumo⁹⁹.

Se deben tomar las medidas oportunas para que las usuarias logren la abstinencia, idealmente antes del inicio del embarazo, lo que implica la adopción de medidas profilácticas de

⁹⁹ Ruoti, C. et al. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 7(2) Diciembre 2009: 32-44

información y concienciación de las mujeres y sus parejas en edad fértil y de apoyo durante el embarazo y la lactancia¹⁰⁰.

El consumo de sustancias psicoactivas tiene un impacto negativo sobre la salud sexual y reproductiva, provocando reducción de la fertilidad, alteraciones en el curso del embarazo, diversos daños para el feto y el recién nacido; disfunciones sexuales y conductas de riesgo, así como transmisión de enfermedades infecciosas¹⁰¹.

Para la mujer gestante, el consumo de sustancias psicoactivas también se asocia con otras situaciones, por ejemplo¹⁰²:

- Situaciones de violencia de género o violencia intrafamiliar.
- Altos niveles de estrés durante la gestación.
- Desempleo, poco apoyo social y abandono.
- Uso de sustancias psicoactivas por parte de su pareja y/o familia.
- Embarazo no planificado.
- Retraso en el inicio de la atención prenatal.

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo implica graves riesgos para el feto y el recién nacido, puesto que estas sustancias atraviesan la barrera placentaria y hematoencefálica y pasan también a la leche materna¹⁰³. A continuación, se describen los principales riesgos o complicaciones asociadas:

- **Tabaco:** se asocia con reducción de la fertilidad, tanto en mujeres como en hombres. Puede existir un retraso en la concepción, infertilidad y reducción del éxito de los tratamientos de reproducción asistida. El tabaco también se puede asociar con un adelanto de la menopausia. El consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo incrementa el riesgo de complicaciones de la placenta, rotura prematura de membranas, embarazos ectópicos, abortos espontáneos y partos prematuros. También se asocia con bajo peso al nacer.
- **Alcohol:** se asocia con aparición de ciclos menstruales irregulares, ausencia de ovulación, mayor riesgo de abortos, así como aparición de menopausia precoz. El

¹⁰⁰ Ruoti, C. et al. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 7(2) Diciembre 2009: 32-44

¹⁰¹ Xunta de Galicia. Drogas y perspectiva de Género. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia.

¹⁰² UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2015. Resumen ejecutivo. 2015.

¹⁰³ Xunta de Galicia. Drogas y perspectiva de Género. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia.

consumo de alcohol durante el embarazo incrementa el riesgo de que los recién nacidos presenten anomalías congénitas, y síndrome alcohólico fetal.

- Cannabis: puede asociarse a cambios hormonales que dan lugar a trastornos menstruales, ciclos sin ovulación y abortos espontáneos.
- Cocaína: también se ha asociado con alteración de los ciclos menstruales, reducción del número de ciclos ovulatorios y presencia de galactorrea.

Heroína y otros opiáceos: se asocian también a la alteración de los ciclos menstruales

13.7 ATENCIÓN NUTRICIONAL DE LA MUJER Y EL HOMBRE EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL.

Las mujeres en edad fértil son aquellas comprendidas entre los 15 y los 44 años de edad según la Organización Mundial de la salud. (Ricardo Alberto Echeverría de León, 2015)

La adultez es la etapa que abarca el final de la adolescencia hasta antes de la vejez aproximadamente entre los 20 y 59 años. La edad adulta de la mujer se divide por varios procesos fisiológicos del punto de vista reproductivo que se agrupan de la siguiente manera: no embarazo, embarazo, lactancia y climaterio. El estado nutricional es de gran importancia ya que las mujeres pueden encontrarse con desnutrición o sobre nutrición y aumentar los riesgos de complicaciones durante y después del embarazo. (Ricardo Alberto Echeverría de León, 2015). Algunos autores concluyen que la mayor parte de los casos de infertilidad por trastornos ovulatorios podrían prevenirse con modificaciones en la dieta y en los estilos de vida de las personas.

a. Nutrición y alimentación en la mujer en edad fértil

Es importante señalar que el término nutrición se refiere a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades nutricionales del organismo de cada individuo, según sexo, edad, estado fisiológico, a través de los mecanismos que este utiliza para asimilar los nutrientes contenidos en los alimentos por medio de la digestión, absorción, utilización y eliminación.

La alimentación es la forma y manera en que se proporciona al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesita. Se considera a la alimentación como educable ya que

engloba la manera en que se consiguen, se prepara y conservan los alimentos hasta el momento de ingerirlos; es en este último donde inicia la nutrición.

b. Atención Nutricional.

Se define como la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos antropométricos y/o clínicos las cuales se utilizan para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa.

El estado nutricional busca el grado donde se satisfacen las necesidades fisiológicas de nutrientes dependiendo del equilibrio entre el consumo y las necesidades de los mismos. Cuando el consumo en términos de calidad y cantidad no responde a las necesidades del individuo, existe un balance de nutrientes negativo o positivo que predispone a un proceso de malnutrición ya sea por déficit o por exceso. (Ricardo Alberto Echeverría de León, 2015)

Por lo cual, el estado nutricional es importante en todas las etapas del ciclo de la vida de las personas, y en el caso de la mujer en edad fértil se vuelve un punto de atención para las autoridades de Salud, ya que las exigencias fisiológicas del embarazo producen un gran desgaste en las futuras madres por lo cual, es importante predecir si la mujer logrará afrontar dichas exigencias y evitar complicaciones crónicas en etapas posteriores de la vida. Por ejemplo, en la presencia de obesidad durante el embarazo se relaciona con un aumento de riesgo de padecer diabetes gestacional, preeclampsia, alteraciones de la presión arterial, aumento de cesáreas, partos prematuros, anomalías congénitas, muerte perinatal, macrosomía fetal entre otros.

Por lo tanto, las mujeres en etapa preconcepcional deben ser informada de los riesgos antes mencionados.

Además, si hay enfermedades crónicas preexistentes en etapa preconcepcional se debe indicar sobre la carga de enfermedad y la severidad, mediante una adecuada instrucción nutricional.

La atención nutricional ambulatoria en la consulta externa, se establece como el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente prescripción dieto terapéutica y reflejados ambos en el expediente clínico de cada paciente, (Brenes, 2017) estas actividades se realizaran a través de una consulta individual

en un tiempo determinado de 30 minutos y con seguimientos de 15 minutos, estableciendo su periodicidad según sea el caso.

c. Criterios de atención.

Para determinar la población que debe ser atendida deberá presentar alguno de los siguientes criterios alterados con respecto a los valores normales establecidos para cada indicador:

a. Índice de Masa Corporal:

Pacientes femeninas que presenten un índice de masa corporal (IMC):

inferior 18.5 kg/m² bajo peso.

superior a 30 Kg/m². Con Obesidad grado I

o con 25,00-29,99 kg/m². Con sobrepeso con factores de riesgo y enfermedades crónicas.

b. Deficiencias nutricionales de micronutrientes:

Las mujeres en edad reproductiva pueden presentar algunas deficiencias nutricionales previas a la concepción, que deberían tratarse anticipadamente para no afectar el desarrollo del feto durante el periodo del embarazo.

Algunos de los nutrientes que pueden alterarse en este periodo son: Hierro, ácido fólico, zinc, ácidos grasos omega 3 y omega 6 y vitaminas del grupo B. Dichas deficiencias son detectadas por los exámenes bioquímicos que el médico tratante enviara. En la tabla 1, se describe la influencia de estos micronutrientes antes de la concepción y su relación con el desarrollo del feto.

Tabla #2: Resumen de las principales conclusiones sobre la influencia de micronutrientes suministrados antes de la concepción en los resultados del embarazo en humanos.

Micronutriente	Trastorno	Resultados	Referencia
Zinc (Ingesta preconcepcional)	Defectos del tubo neural (DTN)	El riesgo de DTN en los recién nacidos y los fetos disminuyó con el aumento de la ingesta materna de zinc.	Vellie <i>et al.</i> (1999)
Zinc (Estatus materno)	Nacimiento prematuro	Pequeña pero significativa reducción del riesgo de parto prematuro.	Chafee & King (2012)
Hierro (Estatus materno)	Anemia	niveles bajos de hierro en la fase preconcepcional aumentan notablemente el riesgo de anemia durante el embarazo	Casanueva <i>et al.</i> (2003)
Hierro, magnesio y niacina. (Ingesta preconcepcional)	Espina bífida	Inadecuada ingesta preconcepcional de hierro, magnesio y niacina asociados con un mayor riesgo (de 2 a 5 veces más) de espina bífida.	Groenen <i>et al.</i> (2004)
Hierro (Ingesta preconcepcional)	Hendiduras orofaciales (HOF)	El aumento de la ingesta de hierro, magnesio, ácido ascórbico reduce el riesgo de descendencia afectada por HOF.	Krapels <i>et al.</i> (2004)
Hierro (Ingesta preconcepcional)	Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)	Altos niveles de ingesta de hierro hemo dietético antes de la concepción pueden estar asociados con un mayor riesgo de GDM.	Qiu <i>et al.</i> (2011)
Ácidos grasos omega-3 y omega-6 (Ingesta preconcepcional)	Morfología del embrión.	La ingesta preconcepcional de omega 3 se asociaban con la mejora de la morfología temprana del embrión.	Hammiche <i>et al.</i> (2011)
Ácido Fólico (Ingesta periconcepcional)	Defectos del tubo neural	Hasta un 72% menos de DTN en la descendencia.	Walker <i>et al.</i> (2012)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Nacimiento prematuro espontáneo.	Suplementación de ácido fólico antes de la concepción durante un año o más: 70% reducción del riesgo antes de las 28 semanas de gestación, y un 50% menos entre 28 y 32 semanas.	Bukowski <i>et al.</i> (2009)
Ácido Fólico (Ingesta periconcepcional)	Bajo peso al nacer.	Suplementos suministrados antes de la concepción se asociaban un valor de 68 g más de peso al nacer (IC 37.2, 99.0 95%) y alrededor de unos 13 g más en el peso placentario (IC 1.1, 25.5 95%).	Timmermans <i>et al.</i> (2009)
Ácido Fólico (Ingesta periconcepcional)	Defectos del tubo neural	No encontraron asociación entre el uso de suplementos de ácido fólico durante el periodo periconcepcional y la disminución del riesgo de defectos de nacimiento, a excepción de los DTNs, donde dicha asociación sí que se establecía.	Bower <i>et al.</i> (2006)
Ácido Fólico (Ingesta preconcepcional)	Defectos congénitos del corazón.	La suplementación preconcepcional de ácido fólico se asoció con un menor riesgo de CHD.	Li <i>et al.</i> (2013)
Estado preconcepcional de vitaminas del grupo B	Nacimiento prematuro o PP.	El riesgo de parto prematuro fue 60% menor en las mujeres con niveles suficientes de vitamina B12 que las que padecían deficiencia, y fue 50% menor en las mujeres con niveles adecuados de vitamina B6 que en las que tenían deficiencia.	Ronnenberg <i>et al.</i> (2002)
Vitamina B6 (Estatus materno)	Concepción, pérdida temprana del embarazo.	Deficiencia de vitamina B6 reduce la probabilidad de concepción y contribuyó al riesgo de pérdida de embarazo en ciclos conceptivos.	Ronnenberg <i>et al.</i> (2007)

Fuente: (Lucía Fernandez Molina, 2016)

13.8 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA LA MUJER Y HOMBRE EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL.

Durante el embarazo y la lactancia la mujer está en un estado fisiológico diferente, es por ello por lo que los programas de salud deben estar orientados en la PREVENCIÓN de la salud bucodental, dando énfasis al Periodo Preconcepcional.

En esta etapa es fundamental el inicio de un tratamiento oportuno que prevenga la aparición de lesiones y la eliminación de las existentes, además de reforzar el uso de buenos hábitos higiénicos y alimenticios en la futura madre.

La mujer embarazada pasa por cambios hormonales muy fuertes, produciéndose un debilitamiento del sistema inmunológico, los niveles aumentados de la hormona progesterona produce una dilatación de los capilares gingivales(3), aumentando la sensibilidad en las encías a la bacteria encontrada en la placa bacteriana(2) y a la gingivitis(4), esta condición la hace más vulnerable a la aparición de enfermedades orales que ponen en riesgo no solo su salud, sino que además; el exceso de bacteria que causa la gingivitis se cree, puede entrar en la corriente sanguínea a través de las encías y viajar al útero, desencadenando la producción de químicos llamados 'prostaglandinas' relacionada con partos prematuros y bajo peso al nacer..(1)(3)

Durante el embarazo hay mayor probabilidad de desarrollo de la enfermedad periodontal (5) sobre todo la gingivitis, que afecta al 50% de las gestantes y que aparece entre el segundo y octavo mes del embarazo. Esta condición patológica infecciosa es el resultado de la ruptura del equilibrio entre la placa bacteriana y la capacidad de respuesta del huésped.

La mucosa bucal puede verse más afectada en el embarazo por los vómitos que se producen primordialmente en el primer trimestre, asociados a un aumento de la Hormona Gonadotropina, que en conjunto al aumento de la Hormona Progesterona responsable de enlentecer el vaciamiento gástrico, la acidez resultante durante los vómitos pueden provocar erosión del esmalte (7) y actuar como un irritante local manifestándose Eritema de la mucosa además de Edema y una condición oral benigna conocida como: Estomatitis Hemorrágica(6), manifestación oral que induce a consultas frecuentes en odontológica por el sangrado abundante al cepillado.

Los programas de Atención Preconcepcional en Odontología, deben estar orientados a disminuir la atención dental invasiva durante el embarazo y promover una disminución del tiempo en silla, posición que por la anatomía de la embarazada es incomoda, por lo que se debe procurar siempre citas cortas, además de evitar tratamientos en donde se requiera el uso de anestésicos locales (9), los cuales al usar en la gestante pueden cruzar la barrera placentaria, sin embargo la Lidocaína que es el anestésico de uso en los servicios de la C.C.S.S, es de uso seguro, ya que las dosis pequeñas empleadas en estos tratamientos dentales, probablemente no afectaran al feto, independientemente del periodo del embarazo.(8), sin embargo en el periodo de gestación se procura medir el costo beneficio del tratamiento y disminuir el uso de sustancias químicas como: anestésicos, analgésicos, antibióticos y otros.

El tratamiento dental en el periodo Preconcepcional, facilita el diagnóstico de las patologías bucodentales, ya que cabe destacar que las radiografías dentales son imprescindibles para un diagnóstico certero de las afecciones orales, sin embargo son de uso discrecional una vez la paciente se encuentre embarazada, ya que aunque la radiografía dental durante el embarazo es segura, a no estar dirigidas a la zona abdominal y radiografía dental generar una dosis de radiación mínima (AA) además de existir Protocolos de protección y Protocolos de Atención Institucional, que garantizan la seguridad de la madre y el feto, además de contener consideraciones con el personal femenino que se encuentre en estado de gestación, en donde se estipula y obliga a las unidades de trabajo a la reubicación del personal o a evitar la presencia de las mismas durante la toma de las radiografías.

13.9 ATENCION PRECONCEPCIONAL Y DIAGNOSTICO DE CANCER EN LA MUJER Y HOMBRE.

Una parte importante del manejo de los y las pacientes con el diagnóstico de cáncer implica la prevención y manejo de efectos adversos a largo plazo, y entre las personas jóvenes un efecto potencial es la pérdida temporal o permanente de la fertilidad.(Vindrola-Padros et al., 2017)

La fertilidad es un aspecto importante para los pacientes, padres y profesionales de la salud, sin embargo, hay conocidas deficiencias en la asesoría que reciben los pacientes en cuanto al

impacto que la enfermedad o sus terapias pueden tener sobre su capacidad de fecundidad.(Tschudin & Bitzer, 2009)

La Asociación Americana de Oncología Médica recomienda en sus guías sobre este tema que los diferentes profesionales de la salud informen de forma temprana a sus pacientes sobre los abordajes disponibles que permiten conservar la fertilidad, antes de iniciar los tratamientos oncológicos(Loren et al., 2013) y por esto es que los profesionales de diferentes especialidades como oncología quirúrgica, oncología médica, oncología radioterápica, gineoncología, urología, hematología y otros, incluyen ya estos tópicos dentro del proceso de consentimiento informado en la Institución. El objetivo de esta información es brindarle la oportunidad a la persona de conocer los efectos adversos de la terapia oncológica en la concepción así como de las medidas que favorezcan el mantenimiento de la fertilidad según sus planes reproductivos.(Gerstl et al., 2018) El riesgo en la capacidad de fertilidad de los tratamientos oncológicos es variable según las modalidades de terapias que se requieren, tales como la cirugía, la radiación y la quimioterapia.(Lee et al., 2006)

Es por esto que la oncofertilidad debe ser considerada como parte esencial del manejo integral del paciente, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes, de manera que la información brindada le permita comprender y tomar decisiones informadas.(Anazodo et al., 2018; Johnson & Kroon, 2013)

En las mujeres la fertilidad puede comprometerse por cualquier tratamiento que disminuya el número de folículos primordiales, altere el balance hormonal, o interfiera con el funcionamiento de los ovarios, trompas, útero o cervix. Los cambios anatómicos o vasculares del útero, cervix o vagina secundario a la cirugía o radioterapia pueden alterar la concepción natural.(Lee et al., 2006) En una revisión sistémica de pacientes jóvenes se encontró una tasa de embarazo 40% más bajo que la tasa de la población general en mujeres sobrevivientes luego del tratamiento de un cáncer de mama.(Gerstl et al., 2018)

Para las mujeres la mejor alternativa de preservación de fertilidad disponible en la CCSS es el banco de gametos no fertilizados recolectados y criopreservados, para lo cual debe ser referida a la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad antes de su tratamiento

oncológico.(Caja Costarricense de Seguro Social, 2016) En esta técnica debe tomarse en cuenta el tiempo mínimo que se requiere para la estimulación y obtención de los óvulos.

En el caso de que una mujer no opte por esa alternativa o los tiempos requeridos no se ajusten con la necesidad del inicio de su terapia médica oncológica (quimioterapia), podría considerarse el uso por parte del médico oncólogo de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (por ejemplo goserelina) siempre y cuando se informe y comprenda que este método tiene una limitada efectividad en la prevención de la insuficiencia ovárica inducida por la quimioterapia.(Oktay et al., 2018)

En el hombre la fertilidad puede afectarse por el tipo de enfermedad, problemas anatómicos que alteren la eyaculación, insuficiencia hormonal o por daño y depleción de las células germinales.(Lee et al., 2006) En hombres con cáncer, particularmente linfoma de Hodgkin y cáncer testicular, se ha demostrado un 12% de azoospermia desde el momento del diagnóstico.(Johnson & Kroon, 2013)

Para los hombres la mejor alternativa de preservación de fertilidad disponible en la CCSS es el banco de espermia obtenido y congelado a partir de masturbación o estimulación prostática electiva, para lo cual requiere ser referido a la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad antes de su tratamiento oncológico.(Caja Costarricense de Seguro Social, 2016)

13.10 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL PARA LA MUJER Y EL HOMBRE INCLUSIVA Y CON PERTINENCIA CULTURAL.

La atención preconcepcional, enmarcada dentro de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, debe ser accesible, oportuna, continúa, con pertinencia cultural¹⁰⁴ e inclusiva.

Esta atención se debe desarrollar de acuerdo a los siguientes criterios:

- Atención amigable con estrategias encaminadas a disminuir el embarazo no deseado mediante acciones de promoción de la salud, e información y educación sobre métodos anticonceptivos¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Carballo L. et al (2017) Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Documento estratégico institucional. San José Costa Rica

¹⁰⁵ Protocolo para uso de anticonceptivos en la CCSS. Circular: CCF-0287-01-18 del 05 de febrero del 2018.

- Atención tanto a hombres como a mujeres sin ningún tipo de distinción, aunque en los servicios de salud la mayor parte de las personas consultantes son mujeres.
- Se debe brindar la atención sin discriminación con respeto a la persona que consulta, a sus derechos a la salud sexual y reproductiva, necesidades particulares de los grupos vulnerables: adolescentes, mujeres víctimas de violencia, personas desplazadas, portadores de VIH, población de estratos socioeconómicos muy bajos y personas con discapacidad¹⁰⁶.
- Pertinencia Cultural: de acuerdo con el Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social, se deben tener en cuenta las necesidades de la población indígena identificando sus necesidades tanto biológicas como culturales y sociales de las mujeres y sus parejas, respetando la forma en que viven sus experiencias de vida dentro su familia, y comunidad. Se brinda atención con pertinencia cultural cuando se consideran aspectos como:
 - Idioma
 - Costumbres
 - Relaciones de poder de acuerdo con su estructura política.
 - Factores geográficos en los que se tomen en cuenta los medios de transporte existentes, distancia de la vivienda al servicio de salud, distancia entre las viviendas de la población atendida.
 - Oferta de los servicios de salud y la demanda de los mismos por parte de la población que consulta, en la que se analiza la necesidad y requerimientos de la medicina tradicional y sus requerimientos de lo que ofrece ésta ofrece¹⁰⁷.

Desde la perspectiva biopsicosocial de la atención preconcepcional en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, dicha atención debe ser inclusiva de las personas con discapacidad respetando lo establecido en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad con respecto a la maternidad, paternidad, formación de una familia o las relaciones interpersonales en la que reafirma que son un derecho de todas las personas, y no

¹⁰⁶ LEY N° 9379. Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. Asamblea Legislativa de Costa Rica, Agosto 2016.

¹⁰⁷ Carballo L.et al (2017) Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Documento estratégico institucional. San José Costa Rica

se debe limitar a las personas con discapacidad a su deseo de tener hijos dentro de su proyecto de vida. En el Artículo 23 de la Convención citada se señala que¹⁰⁸:

“a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges; b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos; c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.” (ONU, 2006, p.18)

Para esto el Estado debe proporcionar la asistencia adecuada para que se cumplan estos derechos, en el país La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica decreta en el año 2016 la “Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad”. Como se observa coincide con lo estipulado por la ONU, a pesar de esto, los avances científicos con respecto a los eventos reproductivos, han definido el estado deseable para lograr un embarazo y parto con los menores riesgos posibles para la madre y el producto, esto ha ocasionado que el acceso a la maternidad esté regulado por expectativas sociales que definen quién podría idealmente ser madre, y socialmente las personas con discapacidad forman parte de un grupo poco apto para ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Según refiere Cruz (2014) al ser socialmente percibidas como incompatibles la discapacidad y la maternidad, existe una falta de opciones para acceder a información al respecto y se dificulta el acceso de esta población a prácticas sexuales seguras y a la reproducción. Y cuando expresan su deseo de acceder a la maternidad o paternidad enfrentan críticas, obstáculos o indiferencia por parte de la comunidad y los profesionales de la salud, lo cual suele tener consecuencias perjudiciales.

Dentro de las acciones que se deben realizar durante la atención preconcepcional de las mujeres con discapacidad, mencionadas por Byrnes et al. (2016) se incluyen:

- Informar sobre el impacto potencial de la discapacidad particular en el período perinatal y el impacto que el embarazo puede tener sobre la discapacidad.
- Informar sobre el impacto negativo que ciertos medicamentos pueden tener en el feto y analizar el cambio de los mismos antes de la concepción.

¹⁰⁸ Tomado de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Artículo 23

- Informar acerca del impacto que el aumento de peso propio del embarazo puede ocasionar en la movilidad y valorar el apoyo por parte de profesionales en Nutrición.
- Valorar desde la perspectiva de un profesional en Terapia Física el desarrollo de estrategias para minimizar los efectos del aumento de peso y realizar los ajustes necesarios en los dispositivos de asistencia (prótesis, sillas de ruedas, entre otros) para así facilitar la movilidad durante el embarazo y durante el cuidado del recién nacido.
- Se requiere en todos los casos la evaluación del estado de ánimo previo al embarazo.

Redshaw et al. (2013) mencionan que capacitar al personal de salud para mejorar aspectos como el apoyo en los procesos de maternidad de las mujeres con discapacidad, comunicación y alimentación infantil, podría contribuir a mejorar los resultados tanto para las mujeres como para sus hijos; además de aumentar el empoderamiento de éstas durante todo el proceso y con esto se cumpliría con lo establecido en la legislación presente.

BORRADOR

BORRADOR

**GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN LOS III
NIVELES DE ATENCIÓN DE LA CCSS.**

14. INTERVENCIONES DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL PARA LA MUJER Y EL HOMBRE EN LOS III NIVELES DE ATENCIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el Primer Nivel de Atención es el servicio de salud en el que se brinda la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Por lo tanto, es el servicio de salud al que asiste la/ el usuaria/o, para recibir atención esencial y se convierte en el momento idóneo para brindar la atención preconcepcional. Es en este Nivel de atención en el que se identifican necesidades de la persona usuaria, se brinda información sobre salud sexual y derechos reproductivos, en caso de identificarse situaciones que deban ser tratadas en un nivel de mayor poder resolutivo se realizan las referencias respectivas de acuerdo a esas situaciones encontradas.

ABORDAJE DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL DE LA MUJER Y EL HOMBRE EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN.

El I Nivel de Atención es la puerta de entrada para brindar la atención preconcepcional ya que es el momento en el que se realiza la captación de la persona. Es aquí donde se deben articular los recursos existentes para que la atención que se brinde sea desde una perspectiva biopsicosocial, utilizando los servicios e instrumentos disponibles de acuerdo a la capacidad instalada. Dentro de las funciones del personal del Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención están:

- Brindar apoyo técnico a partir de las demandas de los EBAIS, prioridades nacionales y locales.
- Diseñar y ejecutar la educación para la salud a la población de acuerdo a los problemas y necesidades detectadas.
- Ejecutar acciones para entornos saludables.
- Motivar y orientar el trabajo en equipo para lograr un ambiente laboral óptimo y brindar así atención integral a las personas usuarias¹⁰⁹.

¹⁰⁹ CCSS. Modelo readecuado de atención. 1993

De acuerdo a esta perspectiva en la atención preconcepcional se deben identificar aspectos psicosociales que se convierten en riesgo para la mujer y el hombre, para la detección de situaciones tales como:

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Ausencia o débil red de apoyo a nivel familiar o comunitario.
- Condición socioeconómica
- Nivel socioeducativo

En caso de que la mujer asista a recibir atención luego de un post evento obstétrico se le debe brindar a ella y su pareja información sobre los métodos anticonceptivos adecuados para cada caso en particular, además de la recomendación del espacio intergenésico¹¹⁰ tal y como lo establece la normativa institucional.

En el caso de que la mujer y su pareja externe el deseo de tener un embarazo, se le sugiere interrumpir el método anticonceptivo que está utilizando más o menos 3 meses antes¹¹¹ e iniciar la ingesta de ácido fólico (1 mg cuando se identifica bajo riesgo en la mujer y de 4 mg si es de alto riesgo)

Si la mujer presentó infertilidad definida como la falla para concebir luego de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin utilizar métodos anticonceptivos en pacientes femeninas menores de 35 años o luego de 6 meses en mujeres de 35 años o mayores¹¹², abortos a repetición o partos pretérmino, se refiere a consulta especializada, es decir, a la Unida de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad.

Además, se recomienda revisar el esquema de vacunación institucional y actualizarlo de acuerdo con las campañas que se estén brindando al momento de la consulta y se debe cumplir con los refuerzos necesarios según la edad de la persona usuaria. (Ver anexo xx esquema de vacunación).

¹¹⁰Dominguez, L. Vigil-De Gracia. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005. Panamá.

¹¹¹ Tomado de Asesoramiento en atención primaria en salud: Evaluación del futuro embarazo Medifam. 11 (4), 61-77. Consultado el 21 de setiembre del 2018 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004&lng=en&tng=en.

¹¹² CCSS. Manual de Procedimientos Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS. 2017

El Personal de Salud que interviene en el Primer Nivel de Atención (no en todos los casos participarán todos los profesionales descritos, queda a criterio médico la referencia de la persona usuaria a las distintas disciplinas y de la disponibilidad existente):

EBAIS:

- Profesionales en Medicina General
- Auxiliar de Enfermería
- ATAP
- Asistente de Redes

15.SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

ABORDAJE DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL DE LA MUJER Y EL HOMBRE EN EL II NIVEL DE ATENCIÓN.

El segundo nivel de atención de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social es responsable de brindar apoyo al Primer Nivel de Atención. Además de dar soporte para garantizar el adecuado desarrollo de las intervenciones para el abordaje de problemas de salud que requieran atención especializada para curación o rehabilitación.

Dentro de las actividades que se realizan en este Segundo Nivel de Atención también se encuentran el diagnóstico y tratamiento a las intervenciones realizadas en el Primer Nivel de Atención, detección oportuna del consumo de sustancias psicoactivas y referir a la persona usuaria a un programa de rehabilitación (Equipo Interdisciplinario en Salud Mental, EISAM) brindar soporte en los establecimientos del Segundo Nivel con diferentes modalidades de atención como interconsultas, tele salud y actividades conjuntas docente- asistenciales¹¹³.

El personal de salud que interviene en el Segundo Nivel de Atención es el siguiente:

- Profesionales en Medicina Gineco obstétrica
- Médicos de Familia
- Médicos especialistas (Según capacidad instalada)
- Enfermeras (os) generales y especialistas
- Profesionales en Psicología
- Profesionales en Trabajo Social
- Profesionales en Nutrición

¹¹³ CCSS. Consideraciones para la discusión de la Prestación de Servicios de salud en la CCS. Aportes desde las perspectivas de la APS y MF y C. San José Costa Rica 2012

- Profesionales en Farmacia
- Personal de Laboratorio Clínico
- Profesionales en Odontología General Avanzada (OGA)

16. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

ABORDAJE DE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL DE LA MUJER Y EL HOMBRE EN EL III NIVEL DE ATENCIÓN.

El Tercer Nivel de Atención brinda apoyo al Primer y Segundo Nivel de Atención, también se puede realizar detección oportuna del consumo de sustancias psicoactivas y soporte para garantizar el adecuado desarrollo de las intervenciones para el abordaje de problemas de salud que requieran atención clínica de un especialista para curación o rehabilitación y que excedan la capacidad resolutoria del Segundo Nivel de Atención.

Las intervenciones realizadas en el Primer y Segundo Nivel son apoyadas por el Tercer Nivel por medio de tecnología y grado de especialización de acuerdo a diferentes modalidades de atención. Estas intervenciones pueden ser ambulatorias, de internamiento y de cirugía en subespecialidades.

De esta manera la atención en los III Niveles debe estar íntimamente relacionada, de forma coordinada y eficiente para que se brinde atención a la persona usuaria de acuerdo a las necesidades identificadas.

El personal de salud que interviene en el Tercer Nivel de Atención es el siguiente:

- Profesionales en Medicina en Gineco obstétrica y Perinatal
- Médicos especialistas (Según capacidad instalada)
- Enfermeras (os) generales y especialistas
- Profesionales en Trabajo social
- Profesionales en Nutrición
- Profesionales en Psicología
- Profesionales en Farmacia
- Personal de Laboratorio Clínico
- Profesionales en Odontología (Endodoncia, Cirugía Maxilofacial, Dolor ATM, Periodoncia)

17. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

La atención de la persona usuaria y su pareja en edad reproductiva en la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social se encuentra ubicado en:

- Primer Nivel de Atención: EBAIS
- Segundo Nivel de Atención: Áreas de Salud, CAIS, Hospitales Periféricos y Regionales.
- Tercer Nivel de Atención: Hospitales Nacionales y Especializados.

Tabla #3: Funciones sustantivas durante la Atención Preconcepcional, según el nivel de atención.

Funciones durante la Atención Preconcepcional por niveles de Atención de la C.C.S.S.			
Escenario de Atención	Función principal	Población meta	Personal que brinda el servicio
Primer Nivel de Atención	Brindar atención básica a la persona usuaria y su pareja, dando énfasis a la valoración del estado de salud, identificación de factores de riesgo.	Persona usuaria en edad reproductiva.	Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Profesional en Odontología.
Segundo Nivel de Atención	Brindar atención por especialidades básicas (Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y otro equipo de apoyo) a la persona usuaria y su pareja, que presenten factores de riesgo.	Persona usuaria en edad reproductiva.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina Ginecobstétrica. Profesional en Medicina Interna. Profesional en Trabajo Social. Profesional en Nutrición. Profesional en Psicología. Profesional en Odontología.

			Profesionales de otras especialidades o subespecialidades.
Tercer Nivel de Atención	Brindar atención a la persona usuaria o su pareja que, por su riesgo, requieren atención más especializada y su manejo es a criterio médico.	Persona usuaria en edad reproductiva.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina Ginecobstétrica. Profesional en Trabajo Social. Profesional en Nutrición. Profesional en Psicología. Profesional en Odontología. Profesionales de otras especialidades o subespecialidades.

CAPTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

La captación de la persona usuaria y/o su pareja se puede realizar en la consulta por medio de:

1. Primaria: la persona expresa de manera espontánea que desea tener un embarazo.
2. Secundaria: el personal de salud durante la consulta por otros motivos le pregunta si en los próximos 12 meses tiene la intención de tener un embarazo.

En cualquiera de los dos escenarios el personal de salud debe referir a la persona usuaria a la consulta de Atención Preconcepcional.

Tabla # 4: Actividades a desarrollar durante la atención preconcepcional.

A continuación, se describen las tareas que deben desarrollarse con la persona usuaria en edad reproductiva y su pareja durante la atención preconcepcional.

CONSULTA INICIAL O DE TAMIZAJE

Objetivo: Identificar a la persona usuaria con intención reproductiva y determinación de los factores de riesgo.

Duración: 30 minutos.

Tareas	Responsable
1. Recibir a la persona usuaria y su acompañante.	Personal administrativo (REMES).
2. Pre-consulta: - Determinar motivo de consulta. - Toma de signos vitales. - Medición antropométrica.	Auxiliar de Enfermería. Profesional en Enfermería.
3. Realizar la historia clínica a la persona usuaria y su pareja para determinar: - Antecedentes familiares. - Antecedentes patológicos personales. - Antecedentes personales no patológicos (incluidos problemas psicosociales). - Antecedentes quirúrgicos. - Antecedentes ginecológicos y obstétricos. - Antecedentes Laborales. - Ingesta de medicamentos. - Consumo de sustancias psicoactivas. Y cuando corresponda hacer boleta VE01 de Notificación Obligatoria. - Inmunizaciones.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Profesionales de otras especialidades.
4. Calcular Índice de Masa Corporal (IMC): - $IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$	Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.
5. Realizar examen físico cefalocaudal a la persona usuaria.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.
6. Realizar examen ginecológico: - Valoración de mamas. - Valoración de genitales externos. - Toma de citología vaginal.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.

<ul style="list-style-type: none"> - Toma de muestra de secreción vaginal para detección de Infecciones de Transmisión Sexual. 	
<p>7. Indicar pruebas clínicas básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo. - Examen general de orina. - VDRL. - Antígeno de superficie del virus de Hepatitis B. - HIV. - Glicemia en ayunas. - Grupo y Rh. - Otros. 	<p>Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.</p>
<p>8. Indicar tratamiento para tratar Infecciones de Transmisión Sexual en caso necesario.</p>	<p>Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.</p>
<p>9. Elección de un método anticonceptivo y de protección según necesidad.</p>	<p>Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.</p>
<p>10. Indicar suplementación con Ácido Fólico</p>	<p>Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.</p>
<p>11. Orientar a la persona usuaria y a su pareja acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludable. - Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual. - Métodos anticonceptivos y de protección. - Embarazo. 	<p>Auxiliar de Enfermería. Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General y profesionales de otras disciplinas.</p>
<p>12. Identificación de factores de riesgo biopsicosociales presentes en la persona usuaria y/o su pareja, que puedan generar un embarazo de alto riesgo.</p>	<p>Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General y especialistas. Profesionales de otras disciplinas.</p>
<p>13. Referencia según necesidad al II o III Nivel de Atención con el profesional especializado que se requiera.</p>	<p>Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.</p>
<p>14. Programar una próxima cita para valorar resultados de exámenes e intervenciones.</p>	<p>Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.</p>

Tabla # 5: Actividades a desarrollar durante la atención preconcepcional.

A continuación, se describen las tareas que deben desarrollarse con la persona usuaria en edad reproductiva y su pareja durante la atención preconcepcional en la consulta de control y seguimiento.

CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO	
Objetivo: Valoración de los resultados de los exámenes solicitados en la Consulta Inicial, para establecer diagnósticos e intervenciones para reducir el riesgo.	
Duración: 15 minutos.	
Tareas	Responsable
1. Recibir a la persona usuaria y su pareja.	Personal administrativo (REDES).
2. Pre-consulta: - Toma de signos vitales.	Auxiliar de Enfermería. Profesional en Enfermería.
3. Revisión de los resultados de los exámenes de laboratorio.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.
4. Continuar con la suplementación de Ácido Fólico.	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.
5. Orientar a la persona usuaria y a su pareja acerca de: - Estilos de vida saludable. - Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual. - Métodos anticonceptivos y de protección. - Embarazo.	Auxiliar de Enfermería. Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General y especialistas. Profesionales de otras disciplinas.
6. Identificación de factores de riesgo presentes en la persona usuaria y/o su pareja.	Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.
7. Referencia según necesidad al II o III Nivel de Atención con el profesional especializado que se requiera.	Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General.

En el caso de que la persona usuaria sea referida a otro profesional especializado éste es quien redirecciona la atención al nivel correspondiente.

18.OFERTA DE SERVICIOS DE LAS DISCIPLINAS QUE INTERVIENEN EN LA ATENCION PRECONCEPCIONAL.

Enfermería Gineco Obstétrica

- **INTERVENCIONES Y ACCIONES QUE REALIZA ENFERMERÍA GINECOBSTÉTRICA Y PERINATAL DURANTE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.**

El Reglamento 1565, REGLAMENTO DE ENFERMERÍA GINECOBSTÉTRICA Y PERINATAL DE COSTA RICA del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, publicado en la Gaceta N° 10, del enero del 2005, establece dentro de las competencias de los profesionales en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal, el proceso de atención preconcepcional.

Además, dentro del Reglamento incluye las intervenciones que deben realizar los profesionales de Enfermería, dentro de las que se pueden aplicar durante la atención preconcepcional se encuentran:

- Realizar anamnesis.
- Realizar examen físico a hombres y mujeres previo consentimiento para la promoción de la salud sexual y reproductiva y detección primaria de problemas de salud.
- Realizar examen ginecológico.
- Realizar las pruebas de tamizaje cervical y mamario específicas.
- Indicar y valorar pruebas clínicas (hemograma completo, estudios coproparasitológicos, orina general, VDRL y glicemia entre otros).
- Indicar tratamiento (para tratar infecciones de transmisión sexual).
- Realizar plan de cuidados.
- Reconocer los factores de riesgo y aplica las medidas necesarias.
- Referir a instancias y/o profesionales según necesidad.
- Realizar evaluación física y psicoemocional para la selección de la tecnología anticonceptiva por las personas usuarias previo proceso educativo.

La aplicación de estas acciones se debe realizar en los tres niveles de atención según lo descrito en la atención inicial y de seguimiento para asegurar una atención preconcepcional pertinente y de calidad.

- **INTERVENCIONES Y ACCIONES QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL DURANTE LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.**

TABLA #6: Descripción de las Actividades de Servicios de Trabajo Social durante la Atención Preconcepcional.

Procedimiento de Trabajo Social		Descripción el Abordaje de Trabajo Social
Consulta Individual	Social	<p>Trabajo Social recibirá la referencia de profesionales en Salud del mismo establecimiento de salud, según los siguientes criterios de referencia:</p> <p>Criterios de referencia a Trabajo Social de I o II Nivel de atención (referencias provenientes del mismo establecimiento de salud):</p> <ul style="list-style-type: none"> Violencia intrafamiliar en sus diferentes manifestaciones: física, sexual, psicológica, patrimonial. Antecedentes en PANI o en algún Juzgado, por violencia contra persona menor de edad. Desempleo. Situación económica difícil que afecta el tratamiento/ Pobreza. Persona sin redes de apoyo efectivas. Personas con algún tipo de discapacidad que presenten algún problema social. Valoración del uso, consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, para referencia a la instancia que corresponda. Para esto Se debe transcribir reporte/ contrarreferencia recibida en el expediente de salud de la persona usuaria. Conducta sexual de alto riesgo. <p>Trabajo Social realizará valoración social, atención y seguimiento social, a las parejas o mujeres sin pareja, según criterio profesional. Dentro de las principales acciones sustantivas en este I y II Nivel están:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de factores protectores y de la red primaria de apoyo. Atención de factores de riesgo. Intervención en crisis de primer orden. Coordinación entre niveles de atención y derivación de situaciones sociales (referencia y contrarreferencia) según complejidad y competencias. Coordinación y activación de redes de apoyo familiares, comunales e institucionales. <p>En esta consulta se realizará valoración del uso, consumo perjudicial y dependencia de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, según se describe más adelante</p>

FUENTE: Coordinación Nacional de Trabajo Social. Criterio técnico Oferta de Servicios de Trabajo Social en las Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad y la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad. Código: CT.GM.DDSS.ARSST-CNTS.180817. CCSS. 2017

TABLA#7. Oferta de Servicios de Trabajo Social del I y II Nivel de Atención

Procedimiento de Trabajo Social		Descripción el Abordaje de Trabajo Social
Consulta Individual	Social	<p>A partir de los resultados de cada Instrumento Identificación del Riesgo Social en personas atendidas en la consulta preconcepcional, Trabajo Social realizará un abordaje en consulta social individual para dar seguimiento social respectivo a quienes presenten indicadores de riesgo social.</p> <p>De igual manera, Trabajo Social recibirá las referencias de Trabajo Social del I o II Nivel de atención o de profesionales del mismo establecimiento, según criterios de referencia.</p>

Criterios de referencia a Trabajo Social de las Unidades Medicina Reproductiva de Baja Complejidad:

Violencia intrafamiliar en sus diferentes manifestaciones: física, sexual, psicológica, patrimonial

Antecedentes en PANI o en algún Juzgado, por violencia contra persona menores de edad

Problemas laborales

Amenaza de pérdida de empleo, desempleo

Inestabilidad habitacional

Situación económica difícil que afecta el tratamiento/ pobreza

Persona sin redes de apoyo efectivas

Baja adherencia al tratamiento

Personas con algún tipo de discapacidad que presenten algún problema social

Valoración de uso, consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, para referencia a la instancia que corresponda para su seguimiento y verificar adherencia al tratamiento.

Conducta sexual de alto riesgo

Crisis situacional o del desarrollo asociada al diagnóstico de infertilidad

Funcionalidad de la pareja

Exclusión o rechazo social

El abordaje social que debe realizar el profesional de Trabajo Social es la siguiente:

- Valoración social individual a los usuarios con diagnóstico de infertilidad, con el fin de detectar factores protectores o de riesgo.
- Definición de un diagnóstico social para emitir un criterio técnico con respecto a la situación valorada.
- Elaboración y seguimiento del plan de tratamiento social.

Lo anterior se operacionaliza a partir de las siguientes acciones profesionales:

- Intervención en crisis de primer y segundo orden.
- Valoración social y acompañamiento psicosocial a los usuarios en la comprensión y vivencia del proceso de tratamiento de infertilidad.
- Fortalecimiento de los recursos y capacidades personales, familiares y del entorno.
- Desmitificación de la infertilidad como un problema asociado al género.
- Potencialización de habilidades de afrontamiento.
- Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento de salud integral.
- Orientación sobre el proceso de tratamiento de infertilidad, derechos y toma de decisiones.
- Coordinación y activación de redes de apoyo familiares, comunales e institucionales.

-Coordinación entre los niveles de atención.

- Derivación de situaciones sociales (referencia y contrarreferencia) intra y extra institucionales.

En esta consulta se realizará valoración del uso, consumo perjudicial y dependencia de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, según se describe más adelante.

Trabajo Social Complejidad atenderá por referencia o interconsulta médica:

Intervención en crisis de primer orden, según criterio de médico tratante

Acompañamiento para dar malas noticias, según criterio de médico tratante

Las anteriores se consideran situaciones de urgencia social, por lo que su registro estadístico se realiza como atención social de urgencia sea individual o familiar.

Se deriva de la consulta social individual, según lo determine el profesional de Trabajo Social.

Atención Social
Individual o Familiar
(Urgencia Social)

Consulta Social
Familiar

De igual manera, Trabajo Social de las Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad recibirán la referencia de Trabajo Social del I o II Nivel de atención, para seguimiento en consulta social familiar, o de profesionales del mismo establecimiento, según los siguientes criterios de referencia:

Criterios de referencia a Trabajo Social de las Unidades Medicina Reproductiva de Baja Complejidad:

- Relación conflictiva de pareja.
- Relación conflictiva con padres y familiares.
- Disfuncionalidad de la pareja.
- Desorganización familiar y económica.

Lo anterior se operacionaliza de la siguiente manera:

- Intervención en crisis de primer y segundo orden con la pareja y/o familia.
- Evaluación de pareja y/o de familia.
- Elaboración y seguimiento del plan de tratamiento social, según necesidades de la pareja o familia, dirigidas al mejoramiento de la interacción del sistema.
- Identificación y fortalecimiento de redes de apoyo familiares, comunales e institucionales.
- Fortalecimiento de factores protectores que contribuyen en el proceso de tratamiento de infertilidad.
- Potencialización de habilidades de afrontamiento.
- Fortalecimiento de estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento de salud integral.
- Abordaje de situaciones de riesgo identificadas.
- Mediación de conflictos de pareja y/o de familia.

En los casos en que se detecten situaciones de violencia intrafamiliar, se deberán implementar las regulaciones técnicas y normativas institucionales y nacionales para su abordaje. Trabajo Social atenderá a las mujeres en situación de violencia intrafamiliar y referirá al compañero o cónyuge a Psicología de la Unidad de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad para su abordaje.

FUENTE: Coordinación Nacional de Trabajo Social. Criterio técnico Oferta de Servicios de Trabajo Social

• INTERVENCIONES Y ACCIONES QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN NUTRICIÓN.

Tabla #8: Oferta de servicios de Nutrición

Actividades en la consulta nutricional ambulatoria	Descripción del abordaje de nutrición
Primera consulta	Anamnesis alimentaria Evaluación nutricional: antropométrica, bioquímica, clínica y dietética Diagnostico nutricional Prescripción dietoterapeutica Establecer plan de alimentación
Consultas subsecuentes	Educación nutricional Evaluación nutricional: antropométrica, bioquímica, clínica y dietética. Evaluación de los cambios de hábitos alimentarios según el plan de alimentación propuesto.

Fuente: Adaptado del Manual de Instrucciones de Trabajo Servicios de Nutrición de los Hospitales. 2015.

A continuación, se detallan las actividades que se realizarán en la consulta ambulatoria de Nutrición

Tabla #9: Descripción actividades de Nutrición del I y II Nivel de Atención

Actividades	Descripción
Anamnesis alimentaria	Recolección de datos para la evaluación nutricional, registra la condición clínica del paciente según lo descrito en el formulario de la anamnesis alimentaria. En caso necesario se puede ampliar la entrevista nutricional con familiares.
Valoración nutricional	Consiste en la valoración antropométrica, bioquímica, clínica y dietética del paciente. En la valoración antropométrica, utiliza las técnicas de medición, indicadores y equipo especializado. La clasificación del índice de masa corporal se define con base en lo establecido según rangos de la OMS Analiza los indicadores bioquímicos, los cuales son reportados en el expediente del paciente. Dependiendo del perfil del paciente, su cuadro clínico, condición médica y nutricional, entre otros factores, se requerirá ampliar la valoración bioquímica con otros exámenes más detallados, pero eso será determinado, según la evolución del paciente y en coordinación con el médico tratante. La obtención de los indicadores dietéticos le permite determinar los hábitos alimentarios, disponibilidad de alimentos y poder adquisitivo.
Diagnóstico nutricional	La integración de los indicadores analizados en la valoración nutricional permite realizar el diagnóstico nutricional de acuerdo con los criterios definidos por FELANPE.
Establecer los objetivos de la intervención nutricional	Requiere tomar acuerdos con el paciente para establecer los objetivos a alcanzar.
Prescripción dietoterapéutica	Se refiere al cálculo energético total y de macronutrientes tomando en cuenta el diagnóstico nutricional de la persona
Educación nutricional	Emisión y evaluación del mensaje según los objetivos propuestos. Acompañamiento en la adherencia de nuevas conductas alimentarias.

FUENTE: Coordinación Nacional de Nutrición. Criterio técnico Oferta de Servicios de Nutrición en las Unidades de Medicina Reproductiva de Baja Complejidad y la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad. Código: CT.GM.DDSS.ARSĐT-CN-200717. CCSS. 2017

Adaptado de Manual de Instrucciones de Trabajo Servicios de Nutrición de los Hospitales. 2015

Es importante mencionar, que esta población puede ser incluida en los grupos del Programa de Intervención Nutricional en las Enfermedades Crónicas (PINEC), sin embargo, si queda embarazada debe ser incluida en otro grupo. También debe analizarse la posibilidad de otros grupos distintos al PINEC que tome en cuenta otros temas atinados a conocer las complicaciones en el embarazo relacionados al peso (madre e hijo, hábitos saludables de la pareja, entre otros) de acuerdo al criterio del profesional en nutrición que está tratando al paciente, para favorecer los cambios conductuales.

Descripción de la oferta de servicio de la disciplina de nutrición en el tercer nivel de atención.

La mujer u hombre en etapa preconcepcional que requiere ser atendida, en el III nivel de atención de la red de Servicios de Salud de la CCSS, debe ser referidas por el médico tratante a la consulta externa de nutrición, según el área de atracción y criterios de referencia:

- Personas que son detectados con un IMC con 25 -29,9 kg/m². Con sobrepeso con factores de riesgo y enfermedades crónicas descompensadas.
- Personas que presenten alguna deficiencia nutricional de los siguientes micronutrientes: Hierro, ácido fólico, zinc, ácidos grasos omega 3 y omega 6 y vitaminas del grupo B, que han sido detectados por exámenes bioquímicos previos. Enfermedad celíaca, vegetarianas, veganas.
- Trastornos metabólicos: Síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad abdominal.

El desarrollo de la intervención nutricional se realizará según criterio profesional, tomando en cuenta la oferta de Servicios de la Disciplina de Nutrición, dada anteriormente en el cuadro 2. (MarcadorDePosición1)

INTERVENCIONES Y ACCIONES QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA.

El periodo preconcepcional es una etapa crucial en la identificación de lesiones orales que al tratarse oportunamente se evitarán posibles complicaciones durante el periodo gestacional.

Actividades generales del profesional de odontología según nivel de atención:

- **Primer Nivel De Atención:**

Odontología en este nivel integra el Equipo de Apoyo del Área de Salud.

El primer nivel de atención recibirá a la persona usuaria en etapa preconcepcional con el objetivo de conocer su estado de salud bucodental e iniciar la fase higiénica que consiste en una serie de tratamientos básicos como: limpiezas, curaciones, y eliminación de focos de infección mediante la restauración de las piezas o la extracción de las mismas, acompañado con temas de educación en salud oral e Instrucciones de fisioterapia oral.

Promoción: Educación grupal.

Prevención: tratamientos o acciones que eliminan o minimizan el impacto de la enfermedad, dirigida a grupos que presentan factores de riesgo, se realizan tratamientos como: sellantes de fosas y fisuras, aplicación de flúor e instrucciones de fisioterapia oral.

Curación: se realiza mediante consulta individualizada en función de la capacidad instalada, son una serie de tratamientos que buscan eliminar o restaurar lesiones que presentan focos infecciosos como (caries, cálculo dental, restos radiculares, etc.).

- Personal:

- Odontólogo general, Técnico de ciencias médicas, asistente dental.

- Oferta de servicios:

- Limpiezas. - Colocación de Flúor
- Raspados. - Control de erupción de piezas dentales.
- Operatoria. - Atención de lesiones de tejidos blandos.
- Exodoncia, endodoncia. - Drenaje abscesos.
- Sellantes

- **Segundo Nivel De Atención:**

En odontología el segundo nivel de atención, lo integran equipos de salud de clínicas periféricas, áreas de salud con segundo nivel y centros de atención integral de salud (CAIS).

En este nivel se brinda tratamiento, curativo y de rehabilitación, según grados de complejidad de los tratamientos y capacidad instalada.

Personal:

- Odontólogos General avanzados (O.G.A.), Técnico de ciencias médicas, Asistente dental.

● Oferta de Servicios:

- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Periodoncia.
- Trastornos temporomandibulares y dolor facial.
- Paciente sistémicamente comprometido.

● **Tercer Nivel De Atención:**

Odontología en el tercer nivel integra el equipo de salud de hospitales nacionales especializados.

Las acciones están destinadas a la curación y rehabilitación procesos que por su grado de complejidad y capacidad instalada no son resueltos en el primero y segundo nivel de atención.

● Personal:

- Odontólogos especialistas, técnico de ciencias médicas, asistente dental.

● Oferta de Servicios:

- Cirugía oral y maxilofacial. - Prótesis Maxilofacial.
- Periodoncia.
- Ortodoncia y Ortopedia Dento funcional.
- Trastornos temporomandibulares y dolor oro facial.
- Prótesis Maxilofacial. - Prostodoncia.

INTERVENCIONES Y ACCIONES QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

La oferta de psicología a nivel institucional incorpora diversas acciones, pero se extrajeron para efectos de este manual, los principales aspectos que se relacionan con la Atención Preconcepcional.

I Nivel de Atención.

a.- Se atenderán a las personas usuarias que sean identificadas con los diagnósticos autorizados para este nivel. Esto no elimina la obligatoriedad de realizar valoraciones iniciales a todas las

personas usuarias (a no ser que se ejecute un procedimiento de filtraje de referencias), que sean enviadas desde los profesionales de salud de los EBAIS o del mismo establecimiento de salud del ese nivel.

b.- Los profesionales de psicología deberán participar en sesiones interdisciplinarias de tipo clínico.

c.- Recibe referencias de los EBAIS o de otras disciplinas del establecimiento de salud. Las contra-referencias se indicarán previa valoración del usuario(a).

d.- El profesional en psicología del I Nivel de Atención deberá realizar las referencias directas al II Nivel de Atención de carácter ambulatorio. A su vez éste profesional no podrá referir directamente personas usuarias al II Nivel de Atención (de tipo hospitalario) o al III Nivel de Atención (general o especializado), sino que se debe agotar los recursos disponibles en la red correspondiente.

II Nivel Ambulatorio.

a.- Se podrá trabajar en todos los escenarios fuera del establecimiento de salud, siempre y cuando exista una aprobación de la dirección médica del establecimiento de salud y esté incluido en la programación local y las metas del establecimiento.

b.- Se atenderá como oferta inicial, a las personas usuarias que sean identificadas con los diagnósticos autorizados para este nivel. Esto no elimina la obligatoriedad de realizar valoraciones iniciales a todas las personas usuarias (a no ser que se ejecute un procedimiento de filtraje de referencias), que sean enviadas desde el primer nivel de atención o del mismo establecimiento de salud.

c.- Los profesionales de psicología deberán participar en sesiones interdisciplinarias de tipo clínico.

d.- Este nivel recibe referencias del I nivel o referencias internas del mismo establecimiento de salud (de parte de cualquier profesional de salud que realiza atención directa a las personas usuarias), en las contra-referencias se indicarán, previa valoración del paciente.

e.- El profesional en psicología del II Nivel de Atención (de tipo ambulatorio), realizará referencias al II Nivel (hospitalario), pero no podrá realizar referencias al III nacional general o

especializado directamente, a no ser que no exista red de servicios de salud en el II nivel o por una expresa autorización de un documento oficial de la CCSS.

II Nivel Hospitalización.

a.- Se podrá trabajar en los escenarios fuera del establecimiento de salud (EFES), autorizados en este documento, siempre y cuando exista una aprobación de la dirección médica del establecimiento de salud y esté incluido en la programación local y las metas del establecimiento.

b.- Los profesionales de psicología deberán participar en sesiones interdisciplinarias de tipo clínico.

c.- El profesional en psicología de este nivel de atención recibe referencias del II Nivel (ambulatorio) o referencias internas de parte de cualquier profesional de salud que realiza atención directa a las personas usuarias del mismo establecimiento de salud.

d.- El profesional en psicología podrá realizar referencias internas a cualquier profesional de salud que realiza atención directa a las personas usuarias, en el mismo establecimiento de salud, así como al III Nivel (nacional), pero no podrá realizar referencias al III Nivel especializado directamente, a no ser que exista una expresa autorización de un documento oficial de la CCSS.

e.- Si una persona usuaria es referida internamente o enviada por interconsulta a Psicología, aunque su motivo de referencia corresponda a un nivel de atención inferior, deberá ser abordada, valorada y continuada en terapia hasta que se resuelva el motivo de consulta (alta) de esa persona usuaria en el II Nivel con hospitalización.

III Nivel Hospitales Nacionales.

a.- Debido a la particularidad y mayor complejidad de los hospitales de este Nivel, el personal de psicología podrá realizar atenciones intrahospitalarias en coordinación con otros servicios del establecimiento.

b.- Los profesionales de psicología deberán participar en sesiones interdisciplinarias de tipo clínico

c.- Recibe referencias del II nivel (con hospitalización) o interconsultas del mismo establecimiento de salud, de parte de cualquier profesional de salud que realiza atención

directa a las personas usuarias, las contra-referencias se indicarán si el caso no compete a psicología.

d.- Psicología podrá realizar referencias al III Nivel especializado, si se considera necesario, de acuerdo con las normas institucionales.

e.- Los funcionarios de los establecimientos de salud de este nivel no podrán emitir referencias a niveles superiores, si existe un profesional de psicología que no fue quien envió dicha solicitud de atención.

f.- Si una persona usuaria es enviada por interconsulta a Psicología, aunque su motivo de referencia corresponda a un nivel de atención inferior deberá ser abordada, valorada y continuada en terapia hasta que se resuelva el motivo de consulta (alta) de esa persona usuaria en el hospital nacional.

19.CONTACTO PARA CONSULTAS

Dra. Angelica Vargas Campos, Medico Gineco- obstetra, Coordinadora Programa de Normalización de la Atención a la Mujer, Area de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Medica (avargahm@ccss.sa.cr, Tel: 2539 0193).

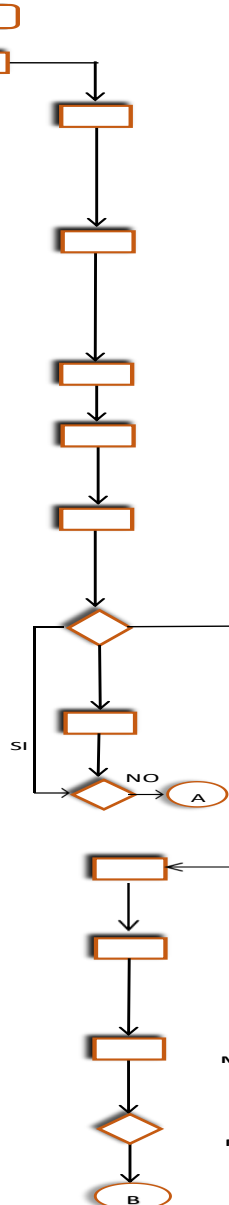
Licda. Odiney Quirós Serrano. Enfermera Programa de Normalización de la Atención a la Mujer. (oguross@ccss.sa.cr). Tel: 2539 0193.

BORRADOR

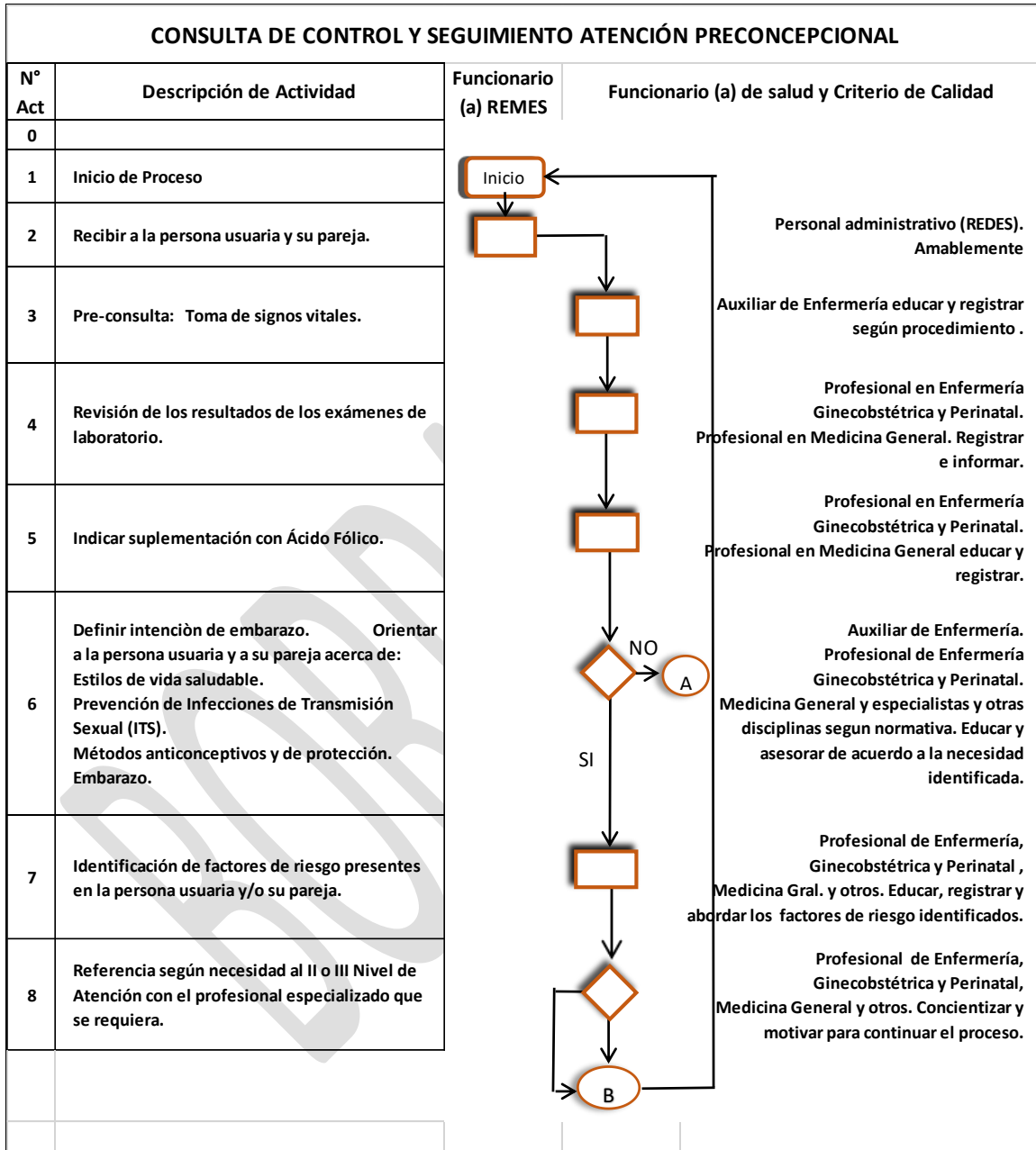
20.ANEXOS

ANEXO N°1. DIAGRAMA DE FLUJO EN LA ATENCION PRECONCEPCIONAL CONSULTA INICIAL O DE TAMIZAJE.

CONSULTA INICIAL O DE TAMIZAJE			
N° Act	Descripción de Actividad	Funcionario (a) REMES	Funcionario (a) de salud y Criterios de Calidad.
0		Inicio	
1	Inicio de Proceso	↓	
2	Recibir a la persona usuaria y su acompañante.	↓	El personal administrativo (REMES) Amablemente.
3	Preconsulta: Determinar motivo de consulta. Toma de signos vitales. Medición antropométrica.	↓	Auxiliar de Enfermería educar y registrar
4	Realizar la historia clínica a la persona usuaria y su pareja para determinar: - Antecedentes familiares. - Antecedentes patológicos personales. - Antecedentes personales no patológicos (incluidos problemas psicosociales). - Antecedentes quirúrgicos. - Antecedentes ginecológicos y obstétricos. - Antecedentes Laborales. - Ingesta de medicamentos. - Consumo de sustancias psicoactivas. Y cuando corresponda hacer boleta VE01 de Notificación Obligatoria. Inmunizaciones.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Registrar e informar.
5	Calcular Índice de Masa Corporal (IMC): - IMC = peso [kg]/ estatura [m2]	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General educar y registrar.
6	Realizar examen físico cefalocaudal a la persona usuaria.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Registrar
7	Realizar examen ginecológico: Valoración de mamas. Valoración de genitales externos. Toma de citología vaginal. Toma de muestra de secreción vaginal para detección de Infecciones de Transmisión Sexual.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Registrar
8	Indicar pruebas clínicas básicas: Hemograma completo. Examen general de orina. VDRL. Antígeno de superficie del virus de Hepatitis B. HIV. Glicemia en ayunas. Grupo y Rh. - Otros.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Registrar.
9	Indicar tratamiento para tratar Infecciones de Transmisión Sexual en caso necesario.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Educar y registrar.
10	Elección de un método anticonceptivo y de protección según necesidad.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General. Brindar consejería.
11	Indicar suplementación con Ácido Fólico según necesidad.	↓	Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General educar y registrar.
12	Definir intención de embarazo. Orientar a la persona usuaria y a su pareja acerca de: Estilos de vida saludable. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Métodos anticonceptivos y de protección. Embarazo.	↓	Auxiliar de Enfermería. Profesional en Enfermería. Profesional en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. Profesional en Medicina General y profesionales de otras disciplinas. Registrar
13	Identificación de factores de riesgo presentes en la persona usuaria y/o su pareja.	↓	Profesional de Enfermería, Ginecobstétrica y Perinatal, Medicina Gral. y otros. Educar, registrar y abordar los factores de riesgo identificados.
14	Referencia según necesidad al II o III Nivel de Atención con el profesional especializado que se requiera.	↓	Profesional de Enfermería, Ginecobstétrica y Perinatal, Medicina General y otros. Concientizar y motivar para continuar el proceso.
15	Programar una próxima cita para valorar resultados de exámenes e intervenciones.	↓	Profesional de Enfermería, Ginecobstétrica y Perinatal, Medicina General y otros. Concientizar y motivar para continuar el proceso.



ANEXO N° 2. DIAGRAMA DE FLUJO CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.



ANEXO N° 3. ESQUEMA DE VACUNACION INSTITUCIONAL. (CCSS)

Vacuna	Horario de dosis	Refuerzo
BCG	Recién nacido	Ninguno
VHB	Recién nacido, 2 y 6 meses	Ninguno
Pentavalente (DTap/Hib/IPV)	2, 4, 6 meses	15 meses
Neumococo 13V (PCVN-13)	2, 4 meses	15 meses
SRP	15 meses	A los 7 años o ingreso a la escuela
Varicela	15 meses	Ninguno
DTap/IPV	4 años	Ninguno
Rotavirus *	2,4 meses	Ninguno
Td	10 años	Cada 10 años
Influenza	1 dosis anual a grupos de riesgos establecidos en el Lineamiento	
Neumococo 23V (PPSV-23):	1 dosis en todo adulto de 60 años o más	
Hepatitis B 20mcg Adulto	3 dosis (0,1,6) según grupos riesgos establecidos	
Tdap	1 Dosis en embarazo después de la semana 20 gestación	
Rabia	Pre exposición: 0, 7, 28 días Pos exposición: 0,3,7,14 y 28 días	

ANEXO N° 4: PROTOCOLO PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA CCSS.

CIRCULAR: CCF-0287-01-18

05 de febrero de 2018

PARA: Directores Médicos, Médicos prescriptores, Comités Locales de Farmacoterapia, Jefaturas de Farmacia, Jefaturas de Enfermería, Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales, Periféricos, CAIS, Áreas de Salud tipo I, II y III, EBAIS, Puestos de Atención de Visita Periódica (PVP) y Directores Médicos de Direcciones Regionales.

DE: Comité Central de Farmacoterapia
Dr. Ricardo Pérez Gómez Secretario
Técnico

ASUNTO: PROTOCOLO PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA CCSS

En sesión 2016-25 celebrada el día 23 de junio 2016, el Comité Central de Farmacoterapia acordó ampliar la oferta anticonceptiva de la CCSS e incluir en la LOM el medicamento código 1-10-36-6730 correspondiente a ***etonogestrel micronizado 68 mg, implante sub-dérmico (unidosis)***, para uso en mujeres adolescentes con actividad sexual que requieren un método contraceptivo. Complementariamente, en sesión 2017-48 celebrada el 13 de diciembre de 2017, acordó ***ampliar la prescripción de este medicamento (Etonogestrel) y de la medroxiprogesterona acetato 150 mg suspensión inyectable (código 1-10-364250) a Enfermería Obstétrica.***

Con base en lo anteriormente mencionado, se procede a comunicar los lineamientos actualizados para el uso de los anticonceptivos a nivel Institucional.

PROTOCOLO PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA CCSS

La prevención del embarazo es un proceso dinámico y el abordaje de la población en materia de anticoncepción debe tomar en cuenta muchos factores como son el sexo, edad, comorbilidades y el deseo del paciente que acude a la consulta de planificación familiar.

El personal en salud debe brindar la asesoría en materia de anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual y uso adecuado de los métodos anticonceptivos, riesgos, beneficios de los mismos a todo paciente que lo requiera, así sea un adolescente que acuda a la

consulta sin compañía de un adulto, así como evacuar cualquier duda que surja durante la consulta o bien posterior a ella.

Para aquellas pacientes que ya utilizan un método anticonceptivo, no han presentado reacciones adversas con ese método y no poseen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones, se recomienda continuar con el mismo método anticonceptivo a menos que exista una razón clínica que justifique el cambio por alguna otra opción LOM.

En casos excepcionales en los que se requiera un método anticonceptivo fuera de las indicaciones presentadas a continuación se debe aplicar la normativa LOM vigente y elevar el caso al CCF.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES OFICIALES RESPECTO AL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS LOM DISPONIBLES EN LA CCSS.

Código LOM	Nombre DCI	Vía	Indicación	Contraindicación
1-10-36-1250	Levonorgestrel 0.150 mg con Etinilestradiol 30 mcg	VO	Pacientes que deseen anticoncepción que no poseen una contraindicación	Lactancia materna <6 semanas post parto. Pacientes posparto <21 semanas con o sin factores de riesgo para trombosis venosa profunda (TVP). Pacientes tabaquistas ≥ 35 años. Pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular como edad mayor, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad, dislipidemia.
1-10-36-1260	Norgestrel 0.5 mg con etinilestradiol 50 mcg	VO	Pacientes que desarrollen sangrados intermenstruales con el uso de anticonceptivos orales (AOC) de dosis baja, en aquellas pacientes que toleren la terapia se puede continuar con las dosis altas o	Antecedente de enfermedad vascular. Historia de

Código LOM	Nombre DCI	Vía	Indicación	Contraindicación
-------------------	-------------------	------------	-------------------	-------------------------

BORRADOR

		<p>si el médico prescriptor considera pertinente que la paciente puede volver a los AOC de dosis baja en el momento que el prescriptor lo indique.</p>	<p>hipertensión PA Sistólica ≥ 160 mmHg</p> <p>Si PA sistólica menos de 160 mmHg no es contra indicación absoluta pero el riesgo supera el beneficio, no se recomienda el uso. PA Diastólica ≥ 100 mmHg</p> <p>Si PA diastólica menos de 100 mmHg no es contraindicación absoluta pero el riesgo supera el beneficio, no se recomienda el uso.</p> <p>TVP o antecedente de TVP.</p> <p>Pacientes que tengan inmovilización prolongada.</p> <p>Historia de cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral (AVC), valculopatías cardiacas con complicaciones.</p> <p>Lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivo.</p>
--	--	--	---

Código LOM	Nombre DCI	Vía	Indicación	Contraindicación
				<p>Migraña en pacientes de más de 35 años sin aura, y en cualquier edad cuando se presenten con aura.</p> <p>Historia de cáncer de mama.</p> <p>Historia de diabetes con nefropatía, neuropatía o retinopatía.</p> <p>Historia de colestásis, no es contraindicación absoluta pero el riesgo supera el beneficio, no se recomienda el uso.</p> <p>Hepatitis viral aguda, no se recomienda el inicio del tratamiento, si la paciente ya se encontraba con terapia con AOC se recomienda continuarlos.</p>

1-10-36-4250	Medroxiprogestero na acetato 150 mg	SC	<p>Pacientes en posparto a partir de los 21 días.</p> <p>Paciente fumadoras de más de 35 años.</p> <p>Paciente no candidatas a AOC con anomalías anatómicas cervico-</p>	<p>Cáncer de mama</p> <p>Pacientes con cáncer de mama o antecedente de cáncer de mama.</p> <p>Pacientes con alguna contraindicación para el uso de la vía</p>
--------------	--	----	--	---

Código LOM	Nombre DCI	Vía	Indicación	Contraindicación
			<p>uterinas.</p> <p>Pacientes adolescentes, se recomienda su uso sin embargo se ha relacionado con disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y aumento de peso en adolescentes con problemas de obesidad.</p>	intramuscular.

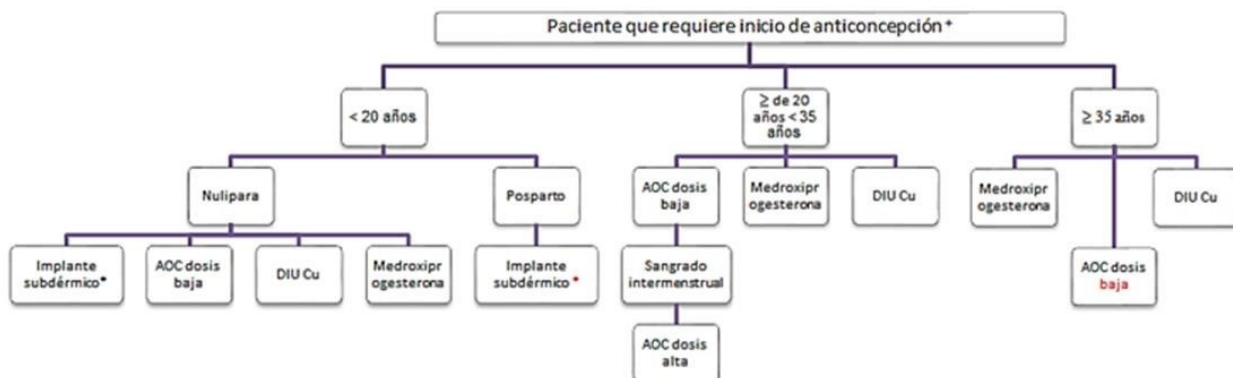
1-10-36-6730	<p>Etonogestrel micronizado 68 mg implante subdérmico</p> <p><i>Se requiere de la valoración clínica de un médico y/o enfermera obstétrica debidamente capacitados previo a la colocación del dispositivo.</i></p>	SC	<p>Pacientes adolescentes que inician relaciones sexuales.</p> <p>Pacientes adolescentes que han demostrado pobre apego a las terapias con AOC.</p> <p>Pacientes adolescentes posparto, todas.</p> <p>Pacientes adolescentes con alto riesgo de embarazo no deseado.</p> <p>Pacientes adolescentes con cefaleas migrañosas con o sin aura.</p> <p>Pacientes con discapacidades mentales y condiciones</p>	<p>Cáncer de mama.</p> <p>*El uso institucional del implante comprende la población adolescente en alto riesgo de embarazo no deseado hasta los 20 años de edad*</p>
--------------	---	----	---	--

Código LOM	Nombre DCI	Vía	Indicación	Contraindicación
------------	------------	-----	------------	------------------

			<p>psiquiátricas que dificultan el apego a las terapias con AOC.</p> <p>En casos excepcionales o poblaciones especiales, en los que se requiera como método anticonceptivo se debe solicitar el aval del CCF</p>	
1-10-36-6740	Sistema anticonceptivo intrauterino de cobre (DIU)	DIU	<p>Pacientes que no desean anticoncepción hormonal que mantienen la periodicidad de sus ciclos y no necesitan tratamiento para dismenorrea o menorragia.</p> <p>Paciente con cáncer de mama actual.</p> <p>Pacientes diabéticas con nefropatía, retinopatía o neuropatía.</p> <p>Pacientes con historia de TVP o que pasarán por períodos de inmovilización prolongados.</p> <p>Pacientes con TVP</p>	<p>Paciente con anomalías anatómicas cervicouterinas, posterior a aborto séptico o sepsis puerperal, cáncer de cervix a la espera de tratamiento, enfermedad pélvica inflamatoria o infección de transmisión sexual activas, sangrado uterino anormal de etiología desconocida, masas que provoquen distorsión de la cavidad uterina.</p>
Código LOM	Nombre DCI	Vía	Indicación	Contraindicación

			aguda. Pacientes con cefaleas migrañosas con o sin aura.	
1-10-36-6750	Sistema anticonceptivo de liberación intrauterina (contiene levonorgestrel 52 mg).	DI U	Su uso es exclusivo por especialistas en Ginecología, en pacientes con sangrado uterino anormal, según protocolo CCF-352208-14. En casos excepcionales en los que se requiera como método anticonceptivo se debe solicitar el aval del CCF	Paciente con anomalías anatómicas cervicouterinas, posterior a aborto séptico o sepsis puerperal, cáncer de cervix a la espera de tratamiento, enfermedad pélvica inflamatoria o infección de transmisión sexual activas, sangrado uterino anormal de etiología desconocida, masas que provoquen distorsión de la cavidad uterina.

ESQUEMA DE SELECCIÓN E INICIO DE TERAPIAS ANTICONCEPTIVAS SEGÚN EDAD EN LA CCSS



*La elección del método anticonceptivo debe ser adecuada a cada paciente, tomando en cuenta las indicaciones y contraindicaciones específicas de cada caso, así como los deseos de la paciente.

***Se requiere de la valoración clínica de un médico y/o enfermera obstétrica debidamente capacitados previo a la colocación del dispositivo.**

AOC: anticonceptivos orales combinados, DIU Cu: dispositivo intrauterino de cobre.

Aquellas pacientes que ya tienen un método anticonceptivo indicado y no han presentado reacciones adversas, no poseen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones, se recomienda continuar con el mismo método anticonceptivo, a menos que exista una razón clínica que justifique el cambio

21. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- CCSS. Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS. Versión 02. San Jose.2016.
- 2- García- González, Rossana, y Ávila-Agüero, María Luisa. (2007). De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, construyendo un nuevo paradigma. Acta Medica Costarricense, 49(1), 6-8. Retrieved August13, 2018, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0001600220070000100002&lng=en&tlng=es
- 3- Upsala Journal of Medical Sciences Ups JMedSci.2016 de noviembre.doi: 10.1080/03009734.2016.1215853
- 4- www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/. Consultado el 13/08/2018

- 5- Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos) – 5ª ed. Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 6- Moreno Mojica, C., Villa Mil, T., Arenas Cárdenas, Y., Sierra Medina, D., Cano Quintero, Á., & Cárdenas Pinzón, D. (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 739-47. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>
- 7- Posner, S. F., Johnson, K., Parker, C., Atrash, H., Biermann, J. (2006, sep.). The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. *Matern Child Health Journal*, 10(5 Suppl): S197-S205.
- 8- CCSS. Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva. DDSS. Versión 01. San José. 2013.
- 9- Prendes Labrada, Marianela de la C, Guibert Reyes, Wilfredo, González Gómez, Isabel, & Serrano Borges, Elsa. (2001). Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 360-366. Recuperado en 17 de agosto de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400009&lng=es&tlng=en.
- 10- Lugones BM. La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*.2013; 29(1)
- 11- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Disponible en [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/-](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/)
- 12- Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015
- 13- Alvino Mamani, Jaclyn Lauren <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4627/>. Consultado 13/08/2018
- Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. (2018). Periodo intergenésico. Vol 83. N° 3.
- 13- Capitán Jurado, M., y Cabrera Vélez, R. (2001). El asesoramiento Preconcepcional en Atención Primaria de Salud: Evaluación del futuro embarazo. *Medifam*. 11 (4), 61-77. Consultado el 21 de setiembre del 2018 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004&lng=en&tlng=en.

- 14- Dominguez, L. Vigil – De Gracia, P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005. Panamá.
- 15- Dudak O1 Eberhardt MU1 Persson OM. Periodontitis a market of risk pregnancy for prterm birth J Clin periodontal 2005;32:45-52.
- 16- katz S. McDonald OL. Stookey GK. Odontología Preventiva en Acción, Buenos Aires: Ed Medica Panamericana S.A. 1989;8-92.
- 17- Castaldi] L, Bartin MS, Jiménez Fabián, Lede Roberto. Enfermedad Periodontal: es Factor para parto pretermo bajo peso al nacer o preclamsia. April 30 2006; 9(4): 253-258.
- 18- Sooriyamoorthy M, Gowe DB. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease] Clin periodontal 1989; 16 (4) 201-8
- 19- Nápoles García D, Nápoles Méndez D, Estado de salud periodontal en embarazadas. MEDISA N. 2012 (citado 21 julio 2014)
- 20- Burrow 6 Ferria T. Complicaciones Médicas durante el embarazo, 4° ed editorial Medica Panamericana, Argentina 2006.
- 21- (Raspall.CirugiaOral. Editorial Panamericana Madrid, España.1994.)
Tomado de: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/1136.htm. Consultado el -----?
- 22- (IAFA, 2015) Tomado de: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Drogas-y-sus-efectos-15_junio_2015.pdf
- 23- (OMS, 2004) Tomado de: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>
- 24- (IAFA, 2018). Sánchez, Gerardo (07 de mayo 2019). Comunicación personal. Epidemiología del Consumo de Drogas.
- 25- (ONU DC, 2018) Tomado de:
https://www.unodc.org/doc/wdr2018/WDR_2018_Press_Release_ESP.PDF
- 26- Quirós, Minnelly (07 de mayo, 2019). Comunicación Personal. Características de las Personas con Consumo de SPA. (Enfermera de IAFA, exposición realizada por la misma)
- 27- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2005). Reglamento 1565. REGLAMENTO DE ENFERMERÍA GINECOBSTÉTRICA Y PERINATAL DE COSTA RICA. La Gaceta n° 10, del Enero del 2005.

- 28-** Donoso, E. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev Med Chile* 2014; 142: 168-174.
- 29-** Abarca Paniagua, Humberto (1999). Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad. En Mónica Gogna (compiladora). *Feminidades y masculinidades: estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en argentina, Chile y Colombia*. CEDES Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires.
- 30-** Castañeda Porras, Oneida; Gerónimo Ortega, Néstor, Reyes Yolima; Segura, Omar; Morón Duarte; Lina (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. *Investigaciones Andina*. No. 19 Vol. 11 – 120.
- 31-** Rojas Martínez, Olga (2012). Masculinidad y vida conyugal en México. Cambios y persistencias. *Géneros*. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género. Número 10 / Época 2 / Año 18 / septiembre de 2011 • febrero de 2012.
- 32-** Villa, Alejandro (1998). Salud, sexualidad y reproducción: haciendo visibles a los varones en las relaciones de género. Presentado en la Conferencia Regional "La equidad de género en América Latina y el Caribe: Desafíos desde las identidades masculinas" Santiago de Chile, 8-10 de junio.
- 33-** Anazodo, A., Ataman-Millhouse, L., Jayasinghe, Y., & Woodruff, T. K. (2018). Oncofertility-An emerging discipline rather than a special consideration. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(11), e27297. <https://doi.org/10.1002/pbc.27297>
- 34-** Anazodo, A., Laws, P., Logan, S., Saunders, C., Travaglia, J., Gerstl, B., ... Sullivan, E. (2019). How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. *Human Reproduction Update*, 25(2), 159–179. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy038>
- 35-** Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Manual de Procedimientos de la Consultla* Consejo Genético Oncológico.
- 36-** Gerstl, B., Sullivan, E., Ives, A., Saunders, C., Wand, H., & Anazodo, A. (2018). Pregnancy Outcomes After a Breast Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical*
- 37-** *Breast Cancer*, 18(1), e79–e88. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.06.016>

- 38-** Johnson, R. H., & Kroon, L. (2013). Optimizing Fertility Preservation Practices for Adolescent and Young Adult Cancer Patients. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(1), 71–77. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0010>
- 39-** Lee, S. J., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, W. H., Hagerty, K., ... Oktay, K. (2006). American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2917–2931. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.5888>
- 40-** Loren, A. W., Mangu, P. B., Beck, L. N., Brennan, L., Magdalinski, A. J., Partridge, A. H., ... Oktay, K. (2013). Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), 2500–2510. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.2678>
- 41-** (IAFA, 2015) Tomado de: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Drogas-y-sus-efectos-15_junio_2015.pdf
- 42-** (OMS, 2004) Tomado de: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>
- 43-** (IAFA, 2018). Sánchez, Gerardo (07 de mayo 2019). Comunicación personal. Epidemiología del Consumo de Drogas.
- 44-** (ONUDD, 2018) Tomado de: https://www.unodc.org/doc/wdr2018/WDR_2018_Press_Release_ESP.PDF
- Quirós, Minnelly (07 de mayo, 2019). Comunicación Personal. Características de las Personas con Consumo de SPA. (Enfermera de IAFA, exposición realizada por la misma)
- 45-** (CCSS, 2017) Tomado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?clinicas-de-cesacion-de-fumado-estan-disponibles-en-28-hospitales>
- 46-** (CCSS, 2019) Tomado de: <https://www.ccss.sa.cr/fumado>
- (CCSS, 2019) Tomado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-reforzara-abordaje-de-trastornos-mentales,-de-comportamiento-y-problemas-de-adiccion>
- 47-** National Institute of Drug Abuse, 2018. Tomado desde: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres>

- 48-** Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2017. Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. Tomado desde:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>
- 49-** Flores, M. (2012). Uso de Sustancias Adictivas Durante el Embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*. (Vol. 26, No. 3). Tomado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300001
- 50-** Ley 7739. Código de niñez y Adolescencia. San José, Costa Rica. 06 de febrero de 1998.
Ley 9028. Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. San José, Costa Rica. 26 de marzo de 2012.
- 51-** Modelo de Reducción de daños para el Abordaje del Fenómeno de Drogas en Costa Rica (2017) tomado desde: <https://www.IAFA.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS-2017.pdf>
- 52-** Consejo genético file:///K:/Preconcepcional/Consejo%20Genetico.pdf: consultado el 11-09-2019
- 53-** Ministerio de Salud de Costa Rica/CCSS/INCIENSA. Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) Unidad de Enfermedades Congénitas INCIENSA. Protocolo de Vigilancia de Defectos Congénitos en Costa Rica. Versión 1 08/03/2018.
- 54-** Anazodo, A., Ataman-Millhouse, L., Jayasinghe, Y., & Woodruff, T. K. (2018). Oncofertility- An emerging discipline rather than a special consideration. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(11), e27297. <https://doi.org/10.1002/pbc.27297>
- 55-** Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Protocolo de Atención Clínica para el diagnóstico de la Pareja o mujer sin pareja con infertilidad y tratamiento con técnicas de alta complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS.
- 56-** Gerstl, B., Sullivan, E., Ives, A., Saunders, C., Wand, H., & Anazodo, A. (2018). Pregnancy Outcomes After a Breast Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Breast Cancer*, 18(1), e79–e88. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.06.016>
- 57-** Johnson, R. H., & Kroon, L. (2013). Optimizing Fertility Preservation Practices for Adolescent and Young Adult Cancer Patients. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(1), 71–77. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0010>

- 58**-Lee, S. J., Schover, L. R., Partridge, A. H., Patrizio, P., Wallace, W. H., Hagerty, K., Beck, L. N., Brennan, L. V., & Oktay, K. (2006). American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2917–2931. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.5888>
- 59**-Loren, A. W., Mangu, P. B., Beck, L. N., Brennan, L., Magdalinski, A. J., Partridge, A. H., Quinn, G., Wallace, W. H., & Oktay, K. (2013). Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), 2500–2510. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.2678>
- 60**-Oktay, K., Harvey, B. E., Partridge, A. H., Quinn, G. P., Reinecke, J., Taylor, H. S., Wallace, W. H., Wang, E. T., & Loren, A. W. (2018). Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 36(19), 1994–2001. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.1914>
- 61**-Tschudin, S., & Bitzer, J. (2009). Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. *Human Reproduction Update*, 15(5), 587–597. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp015>
- 62**-Vindrola-Padros, C., Dyer, K. E., Cyrus, J., & Lubker, I. M. (2017). Healthcare professionals' views on discussing fertility preservation with young cancer patients: A mixed method systematic review of the literature: Healthcare professionals' views on discussing fertility preservation. *Psycho-Oncology*, 26(1), 4–14. <https://doi.org/10.1002/pon.4092>