



Consulta preconcepcional

Protocolo actualizado en junio de 2010

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria preconcepcional tiene como finalidad la identificación de condiciones sociales y médicas, tanto maternas como paternas, que puedan ser optimizadas antes de la concepción, con el fin de incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable⁽¹⁾. Como la salud de la mujer durante el embarazo depende de su salud antes de la gestación, la asistencia durante el período preconcepcional se considera que forma parte de la asistencia prenatal⁽²⁻⁴⁾.

La mitad de las gestaciones en nuestro entorno están planificadas, aunque en la realidad tan sólo el 10% de las parejas que planifican su gestación acuden de forma voluntaria a un programa de atención preconcepcional. Hasta un 70% de las mujeres que están intentando quedarse embarazadas estarían interesadas en aumentar su información sobre la gestación^(1,5,6). Aunque incrementa la carga asistencial, el análisis del coste-beneficio resulta favorable⁽⁶⁾. Además, la implantación de programas de atención sanitaria preconcepcional ha demostrado que mejora los resultados perinatales.⁽⁶⁾

La asistencia preconcepcional puede ser útil tanto para las mujeres que acuden espontáneamente a solicitar consejo antes de iniciar un embarazo, como para aquellas que acuden por la existencia de factores de riesgo. Al no estar planificados la mitad de los embarazos, los profesionales sanitarios que proporcionan asistencia médica a la mujer durante los años reproductivos deben considerar la posibilidad de una gestación y aplicando el aforismo "*todas las mujeres, todas las visitas*", aprovechar cada oportunidad para realizar actividades de promoción de la salud^(7,8).

CONTENIDO

La consulta preconcepcional se debe personalizar según las características de la mujer y su pareja, según sus antecedentes y su historia reproductiva⁽⁷⁾. Las bases de la asistencia preconcepcional son:⁽⁹⁾

- Evaluación del riesgo preconcepcional.
- Acciones educativas y promotoras de la salud.
- Suplementación farmacológica.

EVALUACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

Anamnesis y exploración

Es necesario realizar una evaluación del riesgo a todas las mujeres que acuden a una consulta preconcepcional. Hay que realizar una adecuada exploración general y ginecológica

(genital y mamaria). No debemos olvidar que la mayor parte de las pacientes que acuden a la consulta preconcepcional no tienen patología. Por ello sólo hay que realizar a todas las pacientes aquellas pruebas de laboratorio recomendadas según la evidencia y reservar otras muchas exploraciones para determinadas pacientes en función de su situación de riesgo y de la prevalencia de determinadas enfermedades en la población (Tabla 1).

Tabla 1. Pruebas recomendadas a todas las mujeres en la consulta preconcepcional.

Análisis	Medidas generales
<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina y hematocrito • Grupo sanguíneo y factor Rh • Serología (Rubéola*, Sífilis, VIH) • Proteinuria • Glucemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración ginecológica • Exploración mamaria • Citología cervical**

*Vacunar si la paciente no está inmunizada. Evitar la gestación en los 3 meses siguientes.

**Según el programa de cribado poblacional.

Antecedentes médicos

El momento óptimo para iniciar la asistencia a un futuro embarazo en una mujer con una enfermedad crónica es el período preconcepcional, ya que permite:

- Estudiar la enfermedad sin las limitaciones que impone el embarazo para realizar e interpretar las pruebas diagnósticas.
- Situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar la gestación y seleccionar el momento más adecuado para la concepción.
- Adoptar medidas para proteger al feto frente a la exposición a fármacos y otras acciones diagnósticas o terapéuticas durante el período crítico de las primeras semanas del desarrollo.
- Ofrecer a la mujer información sobre los riesgos que supone el embarazo para la evolución de su enfermedad y de la enfermedad sobre el desarrollo de la gestación.

A continuación se resumen las principales recomendaciones ante alguna de las enfermedades crónicas más frecuentes en mujeres en edad reproductiva sin pretender que la lista sea exhaustiva, ya que el consejo debe ser individualizado⁽¹⁰⁻¹²⁾. Cualquier cambio que se realice en la medicación que toma una paciente con patología previa, debe ser consensuado con el médico que controla dicha patología.

- **Diabetes mellitus pregestacional.** La consulta preconcepcional es la visita con mayor impacto sobre los resultados perinatales de todas las que realizarán las pacientes con diabetes pregestacional ($NE=Iib-B$). Los objetivos son:
 - Caracterizar el tipo de diabetes.
 - Evaluar las existencia de complicaciones de la enfermedad (retinopatía, nefropatía, neuropatía, microangiopatía) y patologías asociadas.
 - Optimizar el control glucémico hasta alcanzar previamente a la concepción una cifra de hemoglobina glicosilada lo más cercana posible a la normalidad (\leq media + 2 DE), intentando no sobrepasar nunca la media + 4 DE.

Se desaconsejará la gestación en los casos en que:

- Los niveles de hemoglobina glicosilada sean superiores a la media + 7 DE.
 - Exista nefropatía grave (creatinina plasmática >2 mg/dl o proteinuria >3 g/24 horas y/o HTA de difícil control).
 - Cardiopatía isquémica.
 - Retinopatía proliferativa grave con mal pronóstico visual.
 - Neuropatía autonómica grave.
- **Hipertensión arterial.** Se debe estudiar el estado general de las pacientes con hipertensión arterial crónica, así como informar de los riesgos de la gestación y modificar su medicación antihipertensiva si fuese necesario (*NE=I Ib-B*).
 - **Epilepsia.** Se debe informar a la paciente de los riesgos de su enfermedad y del tratamiento. Se debe intentar ajustar el tratamiento a monoterapia con el empleo de la menor dosis eficaz (*NE=I Ib-B*).
 - **Enfermedad cardiovascular.** Las enfermedades cardiovasculares maternas son responsables del 10-25% de la mortalidad materna. Habrá que evaluar la cardiopatía e informarle de la posible repercusión sobre la evolución de su enfermedad y los resultados perinatales (*NE=III b-B*).
 - **Cáncer.** Cada vez son más las mujeres en edad reproductiva que sobreviven a un proceso neoplásico. Antes del tratamiento de su neoplasia se debe asesorar cómo preservar su función ovárica. Los agentes alquilantes quimioterápicos y/o la radioterapia pélvica o abdominal tienen un mayor riesgo de fallo ovárico precoz. Cuando la neoplasia es hormonodependiente se prescribirá contracepción no hormonal. Se debe asesorar sobre la repercusión del embarazo sobre su enfermedad. Debemos valorar la asesoría genética en relación con mutaciones genéticas oncogénicas.
 - **Otros procesos.** Además de las patologías previamente descritas, se debe intentar que la paciente inicie su gestación tras estabilizar, entre otros, los siguientes procesos orgánicos:
 - Hipo e hipertiroidismo.
 - Enfermedad tromboembólica y trombofilias.
 - Asma.
 - Tuberculosis.
 - Conectivopatías.
 - Trastornos psiquiátricos.

Antecedentes reproductivos

La evaluación de los antecedentes reproductivos de la paciente permite prevenir e incluso tratar algunas de las causas asociadas con un incremento del riesgo. Toda anamnesis debe recoger el antecedente de:^(13,14)

- **Parto pretérmino.** Se deben investigar las posibles causas del parto pretérmino, así como planificar un control específico dadas las posibilidad de recurrencia (*NE=I b-A*).
- **Aborto habitual.** Si la paciente ha tenido abortos de repetición, se debe realizar un estudio adecuado, así como valorar el tratamiento (*NE=I b-A*).
- **Muerte fetal intrauterina.** La paciente debe estar informada sobre la posibilidad de recurrencia. Se debe completar el estudio de las causas y modificar los hábitos de riesgo como el consumo de tabaco (*NE=I Ib-B*).

- **Cesárea anterior.** Se debe aconsejar un espacio entre partos de al menos 18 meses ($NE=I Ib-B$).

Se debe valorar la necesidad de consejo y estudio genético si procediera en casos de historia familiar o hijos con alteraciones genéticas y cromosómicas, estructurales (defectos del tubo neural), metabólicas, neurológicas (distrofia muscular), retraso mental (síndrome del cromosoma X frágil), fibrosis quística, etc.

Enfermedades infecciosas

El cribado de determinadas infecciones dentro de la consulta preconcepcional puede identificar potenciales riesgos para la salud reproductiva y el resultado del embarazo (Tabla 2).

Tabla 2. Investigación de infecciones transmisión vertical a considerar en la consulta preconcepcional^(9,15-19)

Investigar si existen factores de riesgo			
Hepatitis B	IV*	C**	Vacunar si existen factores de riesgo.
Hepatitis C	IV	C	Informar de las medidas para evitar la transmisión vertical.
Tuberculosis	IV	C	Tratar si hay infección.
Chlamydia	Ib	A	Cribado si <25 años o factores de riesgo.
Gonorrea	I Ib	B	Si riesgo de enfermedad de transmisión sexual.
Herpes genital	IIa	B	Serología específica si pareja infectada.
Investigar en situaciones muy concretas (ausencia de evidencia)			
Listeriosis	IV	C	Aconsejar evitar comer paté, quesos no curados y leche no tratada.
Parvovirus	IV	C	Recomendar medidas de higiene.
Malaria	IV	C	Evitar viajes a zonas endémicas.
Citomegalovirus	I Ib	B	Recomendar medidas de higiene.
Toxoplasmosis	IV	C	No está justificado el cribado

* Nivel de evidencia **Grado de recomendación

También podemos investigar otras enfermedades prevalentes según el origen étnico de la paciente:

- Alfa-talasemia (Asia)
- Beta-talasemia (Mediterráneo)
- Fibrosis quística (norte de Europa)
- Anemia de células falciformes (Afroamérica)
- Enfermedad de Chagas (Sudamérica)
- Enfermedad de Tay-Sachs (judíos), etc...

Factores psicosociales

En la asistencia preconcepcional se debe obtener la historia social e información sobre los hábitos y el estilo de vida de la mujer para poder identificar comportamientos, exposiciones ambientales y laborales de riesgo, situaciones socioeconómicas desfavorables o sospecha de violencia de género que puedan condicionar el resultado de la gestación⁽²⁰⁻²²⁾

ACCIONES EDUCATIVAS Y PROMOTORAS DE LA SALUD

Potenciar un género de vida saludable

Las acciones educativas y promotoras de la salud durante la asistencia preconcepcional pueden ser muy eficaces, ya que la mujer y su entorno están más motivados. La información que se proporcione a la pareja sobre estos temas debe ser sencilla (Tabla 3). El lenguaje ha de ser claro y directo, diferenciando lo fundamental de lo secundario. Se puede emplear información escrita en folletos de redacción y diseño atractivos⁽⁹⁾.

Tabla 3. Acciones para la promoción de la salud ^(19,23-25)

Nutrición			
Nutrición equilibrada	IV*	C*	Recomendar una ingesta equilibrada de nutrientes.
Sobrepeso	Ib	A	Si el índice de masa corporal es >25 kg/m ² , valorar pérdida de peso.
Cafeína	IV	C	Aconsejar un consumo moderado de cafeína.
Tratamientos herbales	IV	C	Consultar con su médico antes de tomar infusiones o tratamientos herbales.
Consumo de sustancias tóxicas			
Tabaco	Ib	A	Aconsejar el abandono del tabaco tanto de la mujer como su pareja. Ofrecer medidas de apoyo.
Alcohol	Ib	A	Desaconsejar el consumo de alcohol durante el embarazo.
Drogas ilegales	IV	C	Informar del riesgo para la fertilidad y para el embarazo. Ofrecer medidas de apoyo.
Hábitos			
Ejercicio	IIb	B	Recomendar ejercicio físico moderado.
Sexualidad	IV	C	Promover una vida sexual saludable.

*Nivel de evidencia **Grado de recomendación

Debemos identificar los hábitos nutricionales que ocasionen alteraciones del peso, tanto por exceso como por defecto y sus repercusiones adversas sobre los resultados reproductivos.

Mientras no se den las condiciones apropiadas para iniciar la gestación, se debe aconsejar un método anticonceptivo seguro hasta que se cumplan los objetivos establecidos (NE=IV-C).

Suplementación farmacológica

Ácido fólico

Existe una sólida evidencia sobre la reducción de la incidencia y recurrencia de los defectos del tubo neural (DTN) con el consumo de cantidades adecuadas de folatos antes de la concepción y durante las primeras semanas del embarazo.

Es muy importante que su administración sea diaria, dado que no existe una reducción apreciable del riesgo cuando el suplemento se toma de forma irregular o se inicia a partir del segundo mes de la gestación. Una dieta apropiada puede aportar alrededor de 0,25 mg/día de folatos, por lo que es imprescindible asociar a la correcta alimentación, una suplementación farmacológica con folatos. Para la prevención de los DTN, la suplementación

farmacológica con folatos debe cubrir el periodo comprendido entre 4 semanas antes y 12 semanas tras la concepción⁽²⁷⁾.

Actualmente se recomienda una dieta rica en folatos junto con aporte farmacológico suplementario con folatos^(14,23) ($NE= Ia-A$):

- en mujeres de bajo riesgo de tener un feto con DTN: al menos 0,4-0,8 mg/día.
- en mujeres de alto riesgo (riesgo) o riesgo de recurrencia de DTN: al menos 4 mg/día.

No hay evidencia de riesgos asociados a las dosis de folatos administradas durante la gestación.

Yodo

El ingreso dietético recomendado durante el período preconcepcional es de al menos 150 µg/día, debiendo incrementarse durante el embarazo y lactancia hasta al menos 200 µg/día⁽²⁵⁾.

Se debe hacer hincapié en la consulta preconcepcional sobre el consumo de sal yodada y de alimentos ricos en yodo, reforzando cuando sea necesario con la suplementación farmacológica con yoduro potásico a dosis de 200 µg/día durante la búsqueda de la gestación, el embarazo y la lactancia⁽¹⁴⁾.

Sin embargo la calidad de los estudios, la ausencia de datos sobre su utilidad en la prevención de problemas del desarrollo neurológico, así como la ausencia de estudios de seguridad, hacen que permanezca abierto el debate sobre los riesgos y beneficios de la implantación poblacional de suplementos de yodo a todas las gestantes⁽²⁹⁾.

Complejos vitamínicos

El estado nutricional de la madre en el momento de la concepción es un determinante fundamental del desarrollo embrionario, con efectos sobre la salud del embrión durante su vida adulta. Se ha demostrado que la ingesta de folatos junto con complejos multivitamínicos durante toda la gestación (siempre que no contengan vitaminas liposolubles por encima de las dosis diarias recomendadas), reduce la incidencia de malformaciones cardíacas, urinarias, oro-faciales, de extremidades y estenosis pilórica^(23,30). Recientemente la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá ha recomendado utilizar diferentes estrategias en la prevención primaria de los DTN, así como de otras malformaciones congénitas, en función de las características de cada mujer:^(23,30)

- **En la mujer sin factores de riesgo de tener un hijo con DTN**, que planifica su embarazo y que cumple correctamente las prescripciones médicas, se recomienda una dieta con alimentos ricos en folatos y la suplementación diaria con un preparado multivitamínico con ácido fólico (0,4-1 mg) desde al menos dos o tres meses antes de la concepción y a lo largo de todo el embarazo y el período posparto (de 4 a 6 semanas o mientras se mantenga la lactancia natural) ($NE=IIb-B$).
- **En la mujer con factores de riesgo de tener un hijo con DTN**, como epilepsia, diabetes mellitus insulino-dependiente, obesidad ($IMC >35 \text{ kg/m}^2$) o antecedentes familiares de DTN, se recomienda aumentar la ingesta de alimentos ricos en folatos y la suplementación diaria con un preparado multivitamínico con ácido fólico (5 mg) desde al menos tres meses antes de la concepción y continuar hasta la 10^a-12^a semana posconcepción. Desde este momento hasta el término del embarazo y durante el período posparto (de 4 a 6 semanas o mientras se mantenga la lactancia natural, la

suplementación debe ser con un preparado multivitamínico con ácido fólico (0,4-1 mg) (*NE=IIb-B*).

- **En la mujer que no planifica su embarazo, que cumple de forma irregular las prescripciones médicas, que realiza una alimentación irregular y expuesta al tabaco, alcohol u otras drogas**, se debe proporcionar consejo sobre la importancia de la prevención de los defectos congénitos con la suplementación con multivitaminas con ácido fólico. En esta situación se debe utilizar la estrategia de la suplementación con un preparado multivitamínico con dosis altas de ácido fólico (5 mg), para lograr niveles más adecuados de folatos intraeritrocitarios cuando el consumo del ácido fólico es irregular. La suplementación con 5 mg de ácido fólico no enmascara la deficiencia de vitamina B₁₂ y no es necesario realizar estudios de laboratorio especiales para su identificación antes de iniciar el tratamiento (*NE=IV-C*).

Es necesario obtener más evidencias que nos permitan delimitar el verdadero papel del consumo de polivitamínicos en la asistencia sanitaria preconcepcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gregory KD, Clark T MPH, Johnson BS, Timothy BFA, Johnson RB, Entman SS. The content of prenatal care: Update 2005 Women's Health Issues. 2006; 16: 198-215.
2. Public Health Service Expert Panel on the Content o Prenatal Care. Caring for our future: the content of prenatal care. Department of Health and Human Services. Washington, DC: 1989.
3. ACOG Technical Bulletin. No 205. Preconceptional care. Int J Obstet Gynecol. 1995; 50: 201-7.
4. Public Health Service. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington: Department of Health and Human Services 1991; publications nº (PHS) 91-50212: 199.
5. Jong-Potjer LC, de Bock GH, Zaadstra BM, de Jong OR, Verloove-Vanhorick SP, Springer MP. Women's interest in GP-initiated pre-conception counseling in The Netherlands. Fam Pract. 2003; 20: 142-6.
6. Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptional care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999; 84: 43-9.
7. Atrash H, Jack BW, Johnson K, Coonrod DV, Moos MK, et al. Where is the "W"oman in MCH?. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199: S259-65.
8. Fabre González E, Fernández Sainz, A Fortuny Estivill A. Consulta preconcepcional. En Manual de Asistencia al Embarazo Normal. Fabre González (ed). 2ª ed. Zaragoza: INO Reproducciones 2001. pp 45-75.
9. Fabre González E, González de Agüero Laborda R, Ruoti Cosp M. Consulta preconcepcional. En Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Cabero Roura L (ed). Tomo 1. Cap 31. Editorial Médica Panamericana: Madrid. 2003. pp 278-92.
10. Dunlop AL, Jack WJ, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199: S310-326.
11. American Association of Clinical Endocrinologists, AACE Thyroid Task Force. Medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. Endocr Pract. 2002; 8: 457-69.
12. ACOG Practice Bulletin. Thromboembolism in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2001; 75: 203-12.
13. Stubblefield PG, Coonrod DV, Reddy UM, Sayegh R, Nicholson W, et al. The clinical content of preconception care: reproductive history. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199: S373-83.

14. Jack BW, Atrash H, Conrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S266-78.
15. González González A, Fabre González E. Cribado de las infecciones de transmisión perinatal. En *Manual de asistencia al embarazo normal*. Fabre González E (ed). 2ª ed. Zaragoza: INO Reproducciones. 2001. pp 517-45.
16. Conrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S296-308.
17. Management of genital herpes in pregnancy. RCOG Green-top Guideline No. 30. September 2007. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT30GenitalHerpes2007.pdf>. (accedido 15 junio 2010).
18. Orós D, Fabre E, Carrera JM. Enfermedad periodontal y gestación. En *Asistencia a las complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo*. Fabre E (ed). Madrid 2007. Editorial Adalia. pp 435-43.
19. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women: A background paper. Ministry of Health (Wellington). Disponible en: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4676#updates>. (accedido 15 junio 2010).
20. Klerman LV, Jack BW, Conrod DV, Lu MC, Fry-Johnson, Johnson K. The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S362-6.
21. Fabre González E. Consulta preconcepcional. *Prog Obstet Ginecol.* 1998; 41: 5-28.
22. McDiarmid MA, Gardiner Pm, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S345-56.
23. Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S357-61.
24. Allen JR, Thompson S, Jeffs D, Craven B. Are herbal teas safe for infants and children? *Aust Fam Phys.* 1989; 18: 1017-8.
25. Nutrición en el embarazo. Documento de Consenso SEGO. 2010.
26. Conrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199: S296-308.
27. Fabre E, Lou AC, González de Agüero R, Gallo M, Sobreviela M, Ruoti M. Prevención primaria de los defectos del tubo neural. *Folia Clin Obstet Ginecol.* 2002; 32: 8-37.
28. Wald NJ, Law MR, Morris JK, Wald DS. Quantifying the effect of folic acid. *Lancet* 2001; 358: 2069-73.
29. Nøhr S, Laurberg P. Opposite variation in maternal and neonatal thyroid function induced by iodine supplementation during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000; 85: 623-7.
30. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. Joint SOGC-Motherisk Clinical Practice Guideline No. 201, December 2007. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007; 29: 1003-13. Disponible en: <http://www.sogc.org/media/pdf/advisories/JOGC-dec-07-FOLIC.pdf>. (Accedido el 15 junio 2010).

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia (NE) disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de recomendación	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. (Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. (Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. (Recoge el nivel de evidencia IV)

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.