Medicina General

ORIGINAL

Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud

M. C. Durán Santos*, M. González Teijeiro**

**Médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Villagarcía de Arosa, "UT". Pontevedra.*
***Médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Marín, "UAP II". Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN

Hemos de remontarnos a cuatro mil años, a la antigua civilización china, para encontrarnos algunos vestigios de la actividad de Asistencia Preconcepcional.

En la actualidad y en nuestro medio podemos definir la Asistencia Preconcepcional como la asistencia sanitaria antes del embarazo con el fin de detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, disminuir el riesgo en el embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la familia para el embarazo y cuidados del niño.

La Asistencia Preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de la mujer antes de concebir. En la actualidad se reconoce que la asistencia y el consejo Preconcepcional son uno de los factores que pueden contribuir a un curso normal del embarazo y a obtener un hijo sano. La mujer con múltiples o graves factores de riesgo va a ser la más beneficiada del Asesoramiento Preconcepcional (Tabla II). La utilidad no se limita a una mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, sino que también puede ser beneficioso para todas las mujeres que parecen estar sanas y en las que no se reconocen factores de riesgo que pueden afectar a su reproducción. Sin embargo, es poco frecuente que la mujer relice una consulta especialmente dedicada a preparar su embarazo y la Asistencia Preconcepcional es un medio infrautilizado para mejorar el pronóstico del proceso de la gestación.

En la actualidad, dado el incremento de pacientes controladas en etapas Preconcepcionales como consecuencia de la utilización de métodos anticonceptivos, tenemos una excelente oportunidad para ampliar y extender el Consejo Preconcepcional, así como evaluar posibles riesgos. La prevención primaria sólo es posible si el Consejo Preconcepcional es efectivo.

Una consulta Preconcepcional "planificada" se debe realizar en un intervalo de un año antes del embarazo. La Asistencia Preconcepcional se basa en la evaluación del riesgo, incluyendo la historia clínica, con especial énfasis en los antecedentes personales, familiares y reproductivos, la Exploración Física, las Exploraciones Complementarias, el desarrollo de actividades promotoras de la salud y la realización de intervenciones socio-sanitarias.

El requerimiento más importante que tiene el asesoramiento Preconcepcional es que no ha de ser crítico.

La educación antes de la concepción no debe dar a la mujer una opinión respecto a la conveniencia de quedase embarazada, decisión que, a pesar de los riesgos, es muy personal y se basa en numerosas variables, además de en la información médica. El papel del asesor o educador es aportar información médica y apoyar la decisión de la usuaria o demandante de la Asistencia Preconcepcional, aunque ésta no agrade al personal sanitario. Cuando tras la aplicación de la metodología del Consejo Reproductivo se diagnostica alguna malformación, el educador debe comunicar a la familia las opciones disponibles. Para obtener un máximo de efectividad en esta tarea

TABLA I

Objetivos del consejo reproductivo

1. Identificación del riesgo reproductivo materno y fetal, y proporcionar información objetiva y precisa al individuo o pareja sobre la enfermedad y/o el mecanismo de interferencia.
2. Desarrollo de un plan de prevención primaria o secundaria, con la realización de las pruebas lo más precozmente posible, dentro de la óptima fiabilidad y mayor inocuidad, y obtener el máximo de información de cada una de ellas.
3. Transmisión de información a la pareja de forma comprensible para que le sea posible tomar actitudes y valorar alternativas.
4. Planteamiento y realización de actividades basadas en la información objetiva, no sólo en los resultados obtenidos, sino de la problemática involucrada en la perspectiva de una gestación unida a determinada anomalía.

se requiere la participación de todos los niveles de asistencia y atención médica para converger en una consulta que cuente con recursos y conocimientos suficientes. Otro aspecto del Asesoramiento Preconcepcional es la consideración de la carga económica con relación a los costes médicos y a la baja laboral que los padres deben asumir en el embarazo de alto riesgo.

Podemos por tanto, considerar el consejo reproducido como el resultado de un proceso durante el cual obtenemos la información posible para establecer el riesgo de anomalía reproductora en un determinado individuo o pareja. El objetivo general del asesoramiento es el detectar el riesgo *a priori*, de un resultado reproducido desfavorable, ofreciendo información y medios asequibles para su prevención (Tabla I.

Se debe establecer un proceso de información entre la población en edad reproductiva y los recursos humanos y técnicos a distintos niveles, de tal modo que sea posible delimitar, los casos de riesgo, valorar el riesgo individual, agotar los recursos diagnósticos, y proporcionar la información necesaria para que el individuo o pareja pueda tomar decisiones adecuadas y beneficiosas para su situación.

Desde nuestro punto de vista facultativo, *a priori*, es escaso el conocimiento y el consejo que se da a la población. La mujer en edad fértil con embarazos programados presenta unas características demográficas y sociales determinadas muy en relación con la evolución que la mujer y la sociedad está sufriendo. Por ello el objetivo de este estudio era, que mediante una encuesta a las mujeres en edad fértil en 2 centros de salud del área Norte de Pontevedra (Centro de Salud SERGAS de Marín y Centro de Salud

TABLA II

Factores de riesgo previos a la concepción

- Edad < 16 años o > 35 años.
- Estatura < 1,50 m.
- Obesidad IMC* > 27.
- Peso < 45 Kg.
- Anomalía pélvica.
- Multiparidad de más de 4 embarazos.
- Nivel socio-económico muy deficiente.
- Período intergenésico < 12 meses.
- Esterilidad previa, primaria > 1 año, o secundaria > 2 años.
- Gestación con DIU.
- Mujer con factor Rh negativo.
- Anemia grave (< 10 g/dl de hemoglobina).
- Serología luética positiva.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Antecedentes obstétricos desfavorables: distrofias, una o más muertes fetales o neonatales, prematuros malformados, placenta previa, una o más cesáreas, polihidramnios.
  - Antecedentes de bajo peso al nacer en embarazo previo.
  - Antecedentes de dos o más abortos espontáneos.
  - Antecedentes de feto macrosómico (> 4,5 Kg.) en embarazo previo.
  - Malformación uterina o cirugía uterina previa.
  - Uso de drogas por vía parenteral.
  - Prostitución.
  - Gestante o pareja sexual seropositiva para el VIH.
  - Otras patologías maternas asociadas graves (diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, epilepsia, cardiopatía, tuberculosis, alcoholismo, deficiencia mental, enfermedad psiquiátrica grave, colagenosis, endocrinopatías, neoplasias, etc.).

* Índice de masa corporal

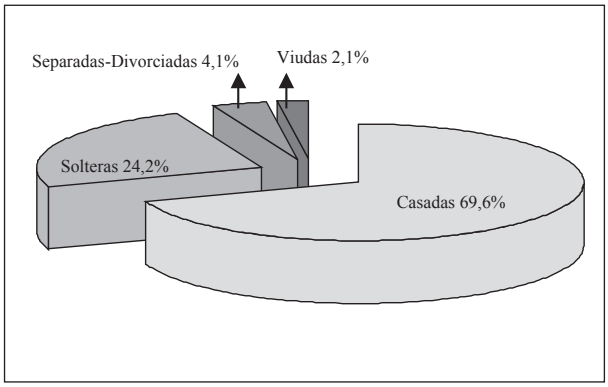

Fig. 1. Estado civil.

SERGAS de Villagarcía de Arosa), obtener datos que nos permitieran valorar cuál es el conocimiento que en nuestro medio tienen las mujeres en edad fértil sobre el Asesoramiento Preconcepcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se ha llevado a cabo en los Centros de Salud de Villagarcía de Arosa y Marín UAP II, ambos correspondientes al área sanitaria norte de la provincia de Pontevedra, durante el período comprendido entre el 14 de julio y el 11 de agosto de 1999.

Los participantes en el estudio fueron mujeres en edad fértil (entendiendo como tal el grupo de mujeres entre 15 y 49 años).

Consultado el padrón municipal de habitantes y estadísticas de la población 1996, tenemos un total de 6.640 mujeres de 15 a 49 años en el concello de Marín y 8.906 en Villagarcía de Arosa, de las cuales se ha tomado una muestra de 200 mujeres escogidas aleatoriamente según acudían a nuestras consultas por diferentes motivos, o en salas de espera de otras consultas, especialmente de matronas y pediatría. De ellas, 100 fueron entrevistadas en el centro de salud de Marín, donde el 30% de las mujeres rellenó el cuestionario, sin entrevistador, y el 70% restante a través de un entrevistador; en el centro de salud de Villagarcía las entrevistas de 100 mujeres el (100%) fueron realizadas a través de otro entrevistador.

Los lugares de las entrevistas fueron los centros de salud donde realizamos nuestro ejercicio profesional. Antes de comenzar las preguntas se les explicó que se trataba de una actividad voluntaria y anónima, así como el motivo de la encuesta.

La entrevista se llevó a cabo después de la elaboración de un cuestionario (Anexo I) de 44 preguntas, cuyas respuestas aportarían tras su análisis datos de características sociodemográficas (ubicación geográfica, edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación sociolaboral), antecedentes personales incluyendo el número de hijos y los posibles abortos que haya sufrido la paciente, cómo han sido los partos, si fueron embarazos deseados o no y problemas congénitos en los hijos.

Nos interesó saber si la Atención Primaria les ofrece información sobre educación preconcepccional y si creen que es función de su médico de familia darla. Otras preguntas van dirigidas a conocer las consultas que hacen periódicamente a lo largo de la vida fértil, y si acuden a la sanidad publica o privada en esta especialidad.

Introdujimos algunas preguntas concretas orientadas a determinar el nivel de conocimiento sobre ciertas enfermedades en las que es necesario una prevención antes de un embarazo, tales como rubeola o los defectos del tubo neural (para cuya prevención se administra ácido fólico).

Una vez obtenidas las encuestas utilizamos para su análisis el programa EPIINFO, que nos permitió clasificar, procesar y analizar los datos. Tras la obtención de datos, llevamos a cabo un análisis descriptivo y numérico de las diferentes variables; así mismo realizamos un estudio comparativo de algunas de ellas.

RESULTADOS

Partimos de la realización de 200 encuestas a mujeres de edad fértil. Tras la clasificación tenemos una muestra de 195 mujeres (5 no participaron en la encuesta), cuya media de edad es de 30,89 años; la moda es 26, la edad mínima fueron 15 y la máxima 45.

Dentro de los datos demográficos encontramos una población que se localiza en núcleo urbano en el 61,02% de los casos y en núcleo rural en un 38,97%. En la muestra el 69,6% están casadas, 24,2% solteras, 4,1% separadas/divorciadas y un 2,1% son viudas (Figura 1).

En la figura 2 podemos observar la distribución de algunas variables sociodemográficas, nivel de estudios, situación laboral y distribución geográfica. Destaquemos que el 94,9% tiene estudios.

Han tenido al menos un hijo 133, la media de edad a la que han tenido su primer hijo es 23,55 años y la moda 20 (16 tuvieron su primer hijo a los

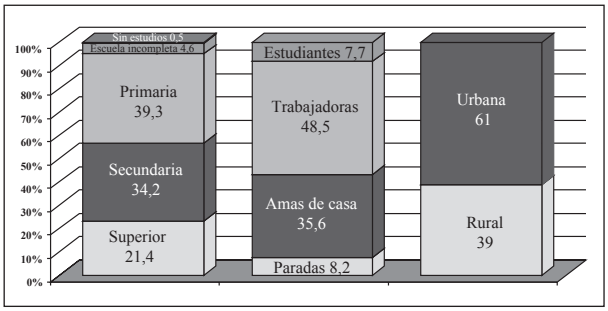

Fig. 2. Distribución de la población según las principales variables sociodemográficas.

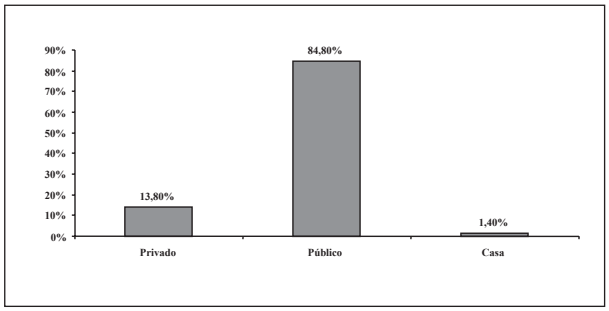

Fig. 3. Lugar de realización de los partos.

20 años-12%). La edad mínima a la que han tenido el primer hijo fue a los 15 y la máxima a los 36. De las 133 mujeres, 73 tienen más de un hijo y la media de edad a la que tienen este último hijo es de 28,16 años; la moda es 26 (11 mujeres tienen su último hijo a los 26 años-15,1%). El mínimo de edad al que tienen este último hijo son 20 años y el máximo 37. Entre estas mujeres con hijos 61 tienen sólo uno (45,9%), 56 tienen 2 (42,1%), 13 tienen 3 (9,8%), 4 tienen 2 (1,5%) y 1 tiene 5 (0,8%). Del total de hijos 122 son deseados. Por lo tanto, según estos datos, la media del número de hijos es 1,69, coincidente con la media de hijos en la población gallega en la actualidad (Tabla III).

A la pregunta sobre los abortos en esta muestra, obtenemos que el 20% de las mujeres no contesta; entre las respuestas, 22 mujeres sufrieron algún aborto, 13 de ellas (59,1%) 1 solo, 5 (22,7%) 2 abortos, 3 (13,6%) 3 abortos y 1 (4,5%) 4 abortos.

De los 225 hijos de esta muestra, encontramos que 14 han presentado algún problema congénito (Tabla IV).

De las 133 mujeres que han tenido algún hijo, el 45,90% hizo preparación al parto. Con respecto a la pregunta sobre si creen adecuados dichos cursos de preparación al parto nos contestan 139 mujeres, de ellas, el 83,5% los cree adecuados frente a un 16,5% que no. Las razones más importantes para creerlos una práctica beneficiosa son: les ayuda, da formación e información de cara al nacimiento de su hijo, afirman además que las orientan, les dan seguridad, les relajan y les quitan el miedo, entre otras afirmaciones.

Dentro de la encuesta dedicamos una pregunta a la lactancia materna. Entre las 133 mujeres que tuvieron hijos, 65,2% dieron el pecho al niño y 34,8% no. En cuanto a la asistencia del parto, el 13,80% de mujeres recurrió a la sanidad privada, el 84,80% a la pública y 1,4 % dio a luz en su propia casa (Figura 3).

En cuanto al tema de la anticoncepción, base en la actualidad para un posible enfoque de la Consulta Preconcepcional, 113 mujeres refieren no utilizar ningún tipo de anticoncepción, aunque nuestra impresión es la dificultad de la población para entender que tanto el método Ogino como la retirada antes de la eyaculación se consideran como métodos anticonceptivos. Respecto al tipo de anticoncepción, 40 usan anticonceptivos orales, 24 preservativo, 11 DIU, 6 tienen realizada ligadura de trompas, y 1 hombre la vasectomía (Figura 4).

TABLA III

Nº hijos	Mujeres	Nº hijos
1	61	61
2	56	112
3	13	39
4	2	8
5	1	5
	133	**225**

TABLA IV

Alteraciones detectadas al nacimiento en 14 niños

• Asma	1
• Atrofia lagrimal	1
• Convulsiones	1
• Estenosis pilórica	1
• Ictericia	1
• Incompatibilidad Rh	1
• Patología cardíaca	1
• Patología renal	2
• Patología ósea (Pertes)	5

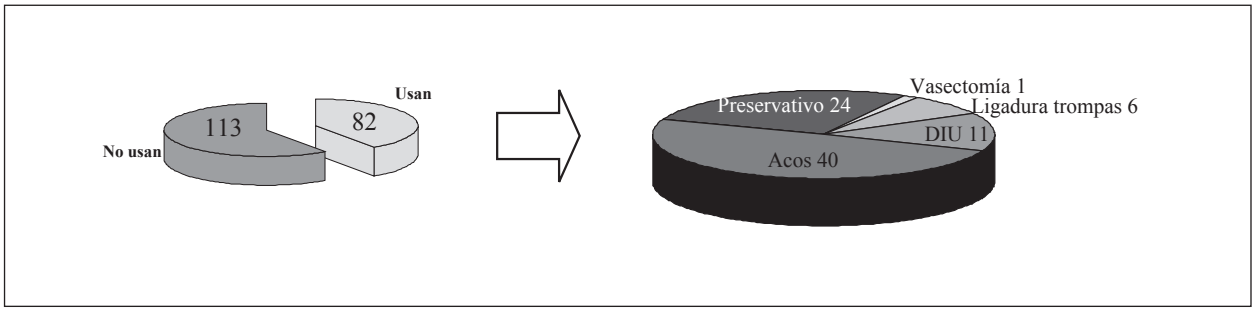

Fig. 4. Uso de anticonceptivos.

Sólo 28 de las encuestadas presentan algún tipo de enfermedad crónica; en este caso fueron cuadros de hipertensión arterial, diabetes, lupus, artritis reumatoide, glomerulonefritis, entre otras. De la población estudiada, 81 eran fumadoras, de las cuales el 45,67% dejó de fumar en sus embarazos y afirman que lo hicieron por su propia voluntad.

Dentro de las preguntas del cuestionario interrogamos sobre el contacto con la sanidad. Así obtuvimos que de estas 195 mujeres 94% refieren conocer a su médico de familia; es por lo tanto una población que está relacionada de un modo directo con la sanidad pública. Sin embargo, encontramos que un 68,42% de esta población que conoce a su médico no llega a hacer una consulta antes de su embarazo. Se les preguntó si conocían el beneficio que supondría para su salud y la de su hijo realizar un estudio por parte de su médico antes de la concepción, la contestación fue la siguiente: 41 respuestas afirmativas, 111 repuestas negativas, 43 no saben/no contestan. Les preguntamos, además, si creían que esto era algo necesario, a lo que nos contestan 184, y lo cree así el 84,8%. En esta línea de preguntas consideramos importante saber quiénes acuden frecuentemente al ginecólogo 72,8% lo hacen de modo habitual y es un número importante el que acude anualmente.

Entre las mujeres que creen tener una buena información sobre los pasos a dar antes de un embarazo encontramos que el 30,21% cree tenerla, pero además se les había informado del beneficio de realizar estudios antes de un embarazo. El 12,94% afirma que se les había informado que era beneficioso realizar estudios antes de un embarazo; sin embargo no cree tener una buena información antes del mismo.

Como médicos de Atención Primaria venimos constatando que hay gran número de pacientes que acude a la sanidad privada en ginecología, por lo que les preguntamos. De las 173 que contestaron, 50,28% acudieron al privado, 29,47% a la pública y 20,23% a las dos. También nos informamos sobre el porcentaje de estas mujeres que realizaban frecuentemente citología. Constatamos que el 58,8% de esta muestra las realizaba con frecuencia un campo importante en este momento de la prevención primaria.

Otra pregunta fue para saber cuántas de estas mujeres acudirían a su ginecólogo antes de quedarse embarazadas. 142 (72,8%) responden afirmativamente y 53 (27,2%) negativamente. Se les pregunta si saben que para prevenir esta enfermedad congénita sería importante tratarse antes del embarazo; a ello responden 191 mujeres, de ellas 128 (67%) dicen que sí lo saben frente.

En un tema de gran actualidad, como es el uso del ácido fólico 3 meses antes de la concepción para la prevención de la espina bífida, nos encontramos que saben lo que es el ácido fólico 83 mujeres (42,3%), se lo han dado en sus embarazos a 59 (44,36%) y el 59,1% de esta población desconoce por qué se lo prescribieron.

Queríamos saber hasta que punto la población cree tener una adecuada información sobre los pasos a dar antes de un embarazo; encontramos que el 27,17% no cree saberlo.

Preguntamos si creen que su médico y/o ginecólogo les aporta la información necesaria sobre estos temas; cree tenerla el 59,48%. En esta cuestión era frecuente que ellas nos comentaran que este tipo de información creen que se les daría en el caso de demandarse. Son 190 las mujeres que nos responden sobre si creen que es función del médico de familia dar información sobre estudios preconcepcionales; de ellas 68,9% responden que sería función de él y 31,1% que no, y consideran en este caso que sería una función del ginecólogo.

El último tema que abordamos, por su vital importancia dentro de los estudios preconcepcionales, fue la vacunación de la rubéola 138 mujeres afirman estar vacunadas, 11 no, 46 no lo saben o no contestan. Sobre si han padecido rubéola o no, tenemos 187 respuestas; de ellas 12,83% la han padecido, 63,31% no y 20,85% no saben. Sobre la importancia de estar vacunada de la rubéola antes del embarazo, 84,61% saben de esta importancia, 10,76% no y 4,1% o no contestan.

De las 133 mujeres que han tenido hijos, 80,45% fueron embarazos deseados; de éstos al 62,61% no se había informado sobre el beneficio de un estudio preconcepcional.

Comparando la edad de las mujeres en edad fértil y los embarazos deseados, podemos observar que la mayor parte de ellos se produce entre los 28 y los 35 años; la moda es 31 años. Entre los embarazos deseados, el 45,92% hace preparación al parto y el 65,15% lleva a cabo lactancia materna; también el 77,77% fueron partos en un hospital público dentro de esta muestra poblacional.

Sobre la variable del ácido fólico, obtuvimos que entre las mujeres que creen tener una adecuada información sobre los pasos que hay que dar antes de un embarazo el 62,75% sabe lo que es el ácido fólico, mientras que el 28,96%, no, y sin embargo creen tener una buena información sobre los pasos a dar antes de un embarazo. En esta misma línea, el 59,39% conoce la importancia de estar vacunada frente a la rubéola antes de la gestación, el 7,91% cree tener una buena información, pero, por el contrario, no sabe de la necesidad de la vacuna contra la misma.

DISCUSIÓN

Decidimos realizar este estudio como consecuencia de una impresión para nosotras palpable en nuestra actividad diaria: la escasa frecuencia con que las mujeres consultan a su médico antes de su embarazo.

Partimos de la idea de que el contacto más cercano de la población y, por lo tanto, de la mujer en edad fértil, es su médico de familia. En este estudio encontramos que un 94,87% de las mujeres encuestadas conoce a su médico de familia, a quien corresponde trabajar sobre planteamientos de prevención primaria. La Asistencia Preconcepcional debería ser uno de los pilares principales dentro de la prevención primaria en el programa de la mujer.

En un punto fundamental de la educación preconcepcional como es la asistencia a cursos de educación maternal y preparación al parto, sabemos que en nuestro estudio el 45% de las mujeres acude a estos cursos; sin embargo, parece todavía elevada la cifra de las ausentes. Cabría por tanto preguntarse si es una actividad suficientemente potenciada por el sistema sanitario. Otro aspecto importante es el de la lactancia materna. El 65% dió el pecho al niño, aunque no hemos preguntado durante cuánto tiempo, o si existieron muchos abandonos precoces, ya que este tema es un punto clave en la educación maternal y en la labor diaria de matronas, pediatras y médicos de Atención Primaria en general.

El consejo sobre el riesgo preconcepcional es una parte importante del cuidado en la era de la terapéutica fetal y de las técnicas de diagnóstico en los embarazos. Las malformaciones congénitas y bajo peso al nacimiento sugieren que no está suficientemente aprovechado el cuidado obstétrico y la prevención. La promoción de la salud, la educación y la intervención terapéutica puede reducir el riesgo. Un énfasis médico y psicosocial en preconcepción y cuidado prenatal temprano, a lo largo de una promoción de la salud, de mujeres embarazadas, de los niños, jóvenes y de la familia en los primeros años puede llevar a un descenso de mortalidad y morbilidad. La identificación de factores de riesgo asociados a factores demográficos, enfermedades sistémicas, genéticas y estilos de vida ayudarán al médico de familia en estrategias de promoción de salud en cuidados obstétricos (8).

Sospechábamos y así lo constatamos en nuestra labor de entrevistadoras, la sorpresa e interés que el tema suscitó entre las mujeres entrevistadas; pensábamos también que un factor importante a tener presente era la labor que con las mujeres embarazadas se realiza en cada uno de los centros de salud, por eso nuestro acercamiento a las consultas de matronas y pediatría que se realizó al captar las entrevistadas, dado que su situación de mujer gestante o madre despertaría su interés por la entrevista.

Una sorpresa para nosotros fueron los datos que obtuvimos de la atención especializada (ginecólogos de referencia) por la escasa información que han podido proporcionanos; la respuesta fue curiosa: "Es un tema del que se habla mucho pero nunca se pone en práctica".

Los trabajos encontrados en nuestra búsqueda bibliográfica sobre o en relación con la Asistencia Preconcepcional fueron sobre todo de origen ame-

ricano. En nuestro país sólo pudimos encontrar algún protocolo, usado sobre todo por personal técnico.

El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, recomienda que: todas las mujeres en edad fértil que puedan quedar embarazadas, deberían consumir 0,4 mg de ácido fólico diariamente, con el fin de reducir el riesgo de tener un embarazo afectado por defectos del tubo neural (26). La posibilidad de reducir en un 50% el número de casos de espina bífida y otros defectos del tubo neural (DTN) gracias a la ingestión diaria de 0,4 mg de ácido fólico ofreció una buena imagen para la sanidad pública. La FDA (Administración de alimentos y fármacos) deberá determinar cuál es el mejor enfoque que permita alcanzar el objetivo de aumentar la ingesta de ácido fólico, al tiempo que asegure la eliminación de los riesgos potenciales creados por la sobredosificación de alimentos con ácido fólico y por consiguiente el exceso de consumo de esta sustancia.

Tendríamos que preguntarnos si nuestra sanidad debería realizar campañas de salud pública similares para incrementar la ingesta de ácido fólico antes de la concepción (6). Se sabe que campañas de este tipo son necesarias para mujeres que todavía no han tenido su primer embarazo.

Conviene poner especialmente atención en prevenir el uso excesivo de suplementos multivitamínicos o alimentos reforzados que contengan vitamina A, ya que el exceso puede provocar anomalías fetales. Se necesitará más investigación para identificar cualquier efecto secundario desconocido. Hay que hacer hincapié en que el cuidado preconcepcional puede además acrecentar los resultados saludables durante el período más crítico de la organogénesis desde los 17 a los 56 días después de la concepción (5).

En los datos obtenidos de nuestro estudio destacamos la falta de información de las mujeres sobre el beneficio para su salud y la de su futuro hijo el realizar un estudio para descartar patologías que puedan complicar el embarazo o evitar la aparición de ciertas enfermedades congénitas en el recién nacido. Así constatamos que el 56,92% de esta muestra desconoce la importancia de la consulta preconcepcional. Curiosamente el 84,8% no lo rechaza y afirma que lo considera necesario. ¿Supone esto una falta de conocimiento de la población sobre la posibilidad de realizar este tipo de estudios?

El hecho de que el 72,8% de esta muestra acudiera al ginecólogo antes de quedarse embarazadas nos hace pensar que la mujer utiliza los servicios sanitarios cuando tiene conocimiento de su beneficio. Cabe destacar que el 68,95 de las mujeres cree que sería función de su médico de familia aportarles información sobre estudios preconcepcionales, por lo tanto es una atención que demandarían antes que al ginecólogo.

En nuestro estudio encontramos que el 80,61% son embarazos deseados y de ellos 62,61% no habían sido informadas de la importancia de un estudio preconcepcional. Es elevado en esta muestra el número de embarazos deseados y aumentará gracias a los métodos anticonceptivos que permiten a la pareja decidir cuándo quieren tener ese hijo; pero es elevado el desconocimiento de la Asistencia Preconcepcional, donde seguro serían detectados problemas que evitarían complicaciones en el embarazo y en el recién nacido.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Sólo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes del mismo.

2. Todo el equipo de Atención Primaria y especialmente el médico de familia debe transmitir a la mujer en edad fértil las posibilidades de realizar un estudio preconcepcional. Para ello debemos solicitar formación continuada en este campo, que nos permita una mayor fluidez en la comunicación con la mujer en edad fértil.

3. Nuestro estudio nos ha hecho reflexionar sobre la adecuada prestación obstétrico-ginecológica de nuestro sistema sanitario público a lo largo de su vida fértil: acuden al ginecólogo con frecuencia 173 mujeres en nuestra muestra; de ellas 50,28% acude a ginecólogos privados, 29,47% a la sanidad pública y 20,23% a los dos.

4. Quizás deberíamos empezar a pensar en una educación sanitaria en la escuela (6). Hoy es el momento de hacer educación sexual en edades tempranas; por ello creemos que el conocimiento de la asistencia preconcepcional podría ayudar al embarazo no deseado, uno de los graves problemas de nuestros adolescentes.

5. Ha sido grato para nosotros este contacto directo

con las mujeres en edad fértil y el inicio de un camino en nuevos trabajos que nos permitan valorar y trabajar sobre un tema que es crucial en la familia, y por lo tanto, en la sociedad, como es la obtención de un hijo sano, como buen indicador en la mejora de nuestra calidad de vida.

ANEXO I

Encuesta sobre educación preconcepcional de mujeres en edad fértil

Nº CUESTIONARIO ☐ ☐ ☐

FECHA ENTREVISTA ☐ ☐ / ☐ ☐
DÍA MES

CENTRO DE SALUD _____

AYUNTAMIENTO (PERTENECE LA MUJER) _____

ZONA RURAL ☐

URBANA ☐

FECHA DE NACIMIENTO ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ EDAD ☐ ☐

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

ESTADO CIVIL:
- SOLTERA ☐
- CASADA ☐
- SEPARADA ☐
- DIVORCIADA ☐
- VIUDA ☐
- NC ☐

NIVEL DE ESTUDIOS:
- SIN ESTUDIOS. NO SABE LEER NI ESCRIBIR ☐
- SIN ESTUDIOS. SABE LEER Y ESCRIBIR ☐
- FUE A LA ESCUELA UNOS AÑOS ☐
- TERMINÓ PRIMARIA ☐
- TERMINÓ SECUNDARIA ☐
- TERMINÓ ESTUDIOS SUPERIORES ☐

OCUPACIÓN:
- AMA DE CASA ☐
- ESTUDIA ☐
- PARADA ☐
- TRABAJA ☐
- NC ☐
- SI TRABAJA, PROFESIÓN: _____
- EMBARAZADA EN LA ACTUALIDAD ☐

■ ANEXO I

Encuesta sobre educación preconcepcional de mujeres en edad fértil (Continuación)

ANTECEDENTES PERSONALES

A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMER HIJO ☐ ☐

A QUÉ EDAD TUVO SU ÚLTIMO HIJO ☐ ☐

Nº DE HIJOS

EDAD 1ª ☐ ABORTOS SÍ ☐ CUÁNTOS ☐

EDAD 2ª ☐ NO ☐

EDAD 3ª ☐

EDAD 4ª ☐

PARTOS NORMALES ☐ CESÁREAS ☐

FUERON EMBARAZOS DESEADOS NO ☐

SÍ ☐

NC ☐

CUÁNTOS DE ELLOS ☐

PRESENTÓ ALGUNO DE SUS HIJOS ALGÚN PROBLEMA CONGÉNITO

NO ☐

SÍ ☐

CUAL _____

HIZO PREPARACIÓN AL PARTO EN SUS EMBARAZOS

NO ☐

SÍ ☐

LO CREE ADECUADO

NO ☐

SÍ ☐

POR QUÉ _____

DIÓ EL PECHO A SUS HIJOS

NO ☐

SÍ ☐

A TODOS ☐

A ALGUNO DE ELLOS ☐

DÓNDE FUERON SUS PARTOS:

EN UN CENTRO PRIVADO ☐

EN UN HOSPITAL PÚBLICO ☐

EN CASA ☐

TOMÓ ALGÚN TRATAMIENTO EN SUS EMBARAZOS:

NO ☐

SÍ ☐ CUÁLES _____

NO RECUERDA ☐

CONOCE A LA MATRONA DE SU CENTRO DE SALUD

NO ☐ SÍ ☐

LE HIZO SEGUIMIENTO DE SUS EMBARAZOS

NO ☐ SÍ ☐

SI ESTÁ EMBARAZADA QUIERE DARLE LACTANCIA MATERNA A SU HIJO

NO ☐ SÍ ☐

USA ALGÚN TIPO DE ANTICONCEPCIÓN ACTUALMENTE

NO ☐

SÍ ☐ MÉTODO _____

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

NO ☐

SÍ ☐ CUÁLES _____

■ **ANEXO I**

Encuesta sobre educación preconcepcional de mujeres en edad fértil (Continuación)

SI TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA:
AÑO DE INICIO ☐

CONTROL DE LA ENFERMEDAD
BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

LE HAN INFORMADO DE RIESGOS DE EMBARAZO
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

FUMADORA
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

DEJÓ DE FUMAR EN SUS EMBARAZOS
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

POR QUÉ:
SE LO ACONSEJÓ EL MÉDICO ☐
POR PROPIA VOLUNTAD ☐
SE LO ACONSEJO ALGÚN FAMILIAR O AMIGO ☐
OTROS MOTIVOS ☐

BEBE ALCOHOL
NO ☐ SÍ ☐ EN OCASIONES ☐ HABITUALMENTE ☐ EN EXCESO ☐ NC ☐

DEJO DE BEBER ALCOHOL ESTANDO EMBARAZADA
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

CONOCE A SU MÉDICO DE CABECERA
NO ☐ SÍ ☐

CONSULTÓ A SU MÉDICO DE CABECERA ANTES DE SUS EMBARAZOS O DE SU EMBARAZO ACTUAL
NO ☐ SÍ ☐

ALGUIEN LE HA INFORMADO QUE SERÍA BENEFICIOSO PARA SU SALUD Y PARA LA DE SU HIJO REALIZAR UN ESTUDIO POR PARTE DE SU MÉDICO ANTES DE SU EMBARAZO
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

CREE USTED QUE SERÍA NECESARIO
NO ☐ SÍ ☐

ACUDE FRECUENTEMENTE AL GINECÓLOGO
NO ☐ SÍ ☐ ANUALMENTE ☐
BIANUALMENTE ☐ CADA TRES AÑOS ☐ OTROS ☐

ACUDE AL GINECÓLOGO DE LA SANIDAD PÚBLICA O PRIVADA
PRIVADO ☐ PÚBLICO ☐ LOS DOS ☐

REALIZA CITOLOGÍAS REGULARMENTE
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

ACUDIRÍA A SU GINECÓLOGO ANTES DE QUEDARSE EMBARAZADA
NO ☐ SÍ ☐

SABE QUE PARA PREVENIR CIERTAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS SERÍA IMPORTANTE TRATARSE ANTES DEL EMBARAZO
NO ☐ SÍ ☐

SABE LO QUE ES EL ÁCIDO FÓLICO
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

SE LO HAN DADO EN SUS EMBARAZOS
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

SABE POR QUÉ SE LO PRESCRIBIERON
NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

CREE QUE TIENE UNA ADECUADA INFORMACIÓN SOBRE LOS PASOS A DAR ANTES DE UN EMBARAZO
NO ☐ SÍ ☐ REGULAR ☐ POCA ☐ SUFICIENTE ☐

■ ANEXO I

Encuesta sobre educación preconcepcional de mujeres en edad fértil (Continuación)

CREE QUE SU MÉDICO Y/O GINECÓLOGO LE APORTA LA INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE ESTE TEMA

NO ☐ SÍ ☐ SUFICIENTE ☐ POCA ☐

CREE QUE ES FUNCIÓN DE SU MÉDICO DE CABECERA INFORMARLE SOBRE ESTUDIOS PRECONCEPCIONALES

NO ☐ SÍ ☐ NC ☐

ESTÁ USTED VACUNADA DE RUBEOLA

NO ☐ SÍ ☐ NO SABE ☐ NC ☐

HA PADECIDO RUBEOLA

NO ☐ SÍ ☐ NO SABE ☐ NC ☐

SABE QUE ES IMPORTANTE ESTAR VACUNADA DE LA RUBEOLA EN MUJERES EMBARAZADAS

NO ☐ SÍ ☐ NO SABE ☐ NC ☐

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Levine AB. Reproductive health in diabetic women. A report of two cases demonstrating the importance of reception care. J Reprod care 1998; 43 (8): 691-692.

2. Casele HL, et al. Factors influencing preconception control of glycemia in diabetic women. Arch Intern Med 1998; 158 (12): 1321-1324.

3. Gayant MA, et al. Preconception counseling in family practice; a survey of 100 family physicians. Ned Tijdschr Geneeskd 1998; 142 (21): 1206-1210.

4. Wallace M, et al. Preconception care: who needs it, who wants it, and how shouldt it be provided? Br J Gent Pract 1998; 48 (427): 963-966.

5. Perry LE. Preconception care: a health promotion oportunity. Nurse Pract 1996; 21 (11): 24-6, 32, 34 passim. Review.

6. Wild J, et al. Gils should be taught at school about importance of folic acdid. BMJ 1996; 312 (7036): 974.

7. Dickerson J. Good preconception care starts in school. Mod Midwife 1995; 5 (11) 15-18.

8. Swam LL, et al. Preconceptual obstretric risk assessment and health promotion. Am Fam Physican 1995; 51 (8): 1875-85. 1888-90 Review.

9. Conway T, et al. Are primary care resident adequately prepared to care for women reproductive age? Fam Plann Perspect 1995; 27 (2): 66-70.

10. Summers L, et al. Preconception care. An opporunity to maximize health in pregnancy. J Nurse Midwifery 1993; 38 (4): 188-198.

11. Willhoite MB, et al. The impact of preconception counsueling on pregnancy outcome. The experience of the Maine. Diabetes in Pregnancy Program. Diabetes Care 1993; 16 (2): 450-455.

12. Frede DJ. Preconceptional education. AWHONNS Clin Issues Perinat Womens HeALTH Nurs 1993; 4 (1): 60-65.

13. Miss J. The University of Mississippi Medical Center's Diagnostic Unit: on cutting edge of tomorrow. Roberts WE, Perry KG Jr, Martin RW, Morrison JC, Martin JN Jr. State Med Assoc 1993; 34 (9): 29.

14. Adams MM, Bruce FC, Shulman HB, Kendrick JS, Brogan D. Pregnancy planning and pre-conception counseling. The PRAMS Working Group. Obstet Gynecol 1993; 82 (6): 955-959.

15. Assist J, Maximovich A, Beyler SA. Cigarette smoking at time of in vitro fertilization cycle initiation has negative effect on in vitro fertilization-embryo tansfer sucess rate. Reprod Genet 1995; 12 (2): 75-77.

16. Hogge JS, Hogge WA. Preconception genetic counsueling. Clin Obstet Gynecol 1996; 39(4): 751-762.

17. Cox M, Whittle MJ, Byrne A, Kingdom JC, Ryan G. Prepregnancy counslling: experience from 1,075 cases. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99 (11): 873-876.

18. Chiodi S, Spinelli S, Medica F, Rossi E, Damasio E. Why a gynecological consulation service in a hematology day hospital. Our experience. Minerva Med 1992; 83 (9): 549-557.

19. Martín Zurro. Atención Primaria. Tomo 1º Pág. 591.

20. Plan Integral de Atención Sanitaria e Social Da Muller (Xunta de Galicia).

21. Protocolo de Asisstencia Preconcepcional y Consejo Reproductivo (Punto de vista de un grupo de especialistas en medicina familiar y comunitaria, no publicado).

22. Curso de especialización en enfermedad obstétrica y ginecológica. Ana I. Fernández Fernández y Rosalía Niens y Vallejo.

23. Fortuny Estivill A. Protocolo sobre ginecología. Capít. 1º.

24. Padrón Municipal de Habitantes y Estadísticas 1996.

25. Centros para control de las enfermedades MMWR. Informe semanal sobre morbilidad y mortalidad. 11/09/1992 - vol. 41-Nº RR-14 Recomendaciones e informes Recomendaciones sobre el uso de Ácido Fólico para reducir el número de casos de espina bífida y otros defectos del tuno neural. Ministerio de Sanidad y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Servicio de Sanidad Pública Centros para el Control de Morbilidad Atlanta, Georgia 30333.

26. Nicholas Wald with assistance from Joan Sneddon, James Deusem, Christopher Frost, and Rossana Stone. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vitamin Study MRC Vitamin Study Research Group.The Lancet 1991; 338.