

Artículo original

Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud

Knowledge and attitudes towards preconception visits within primary health care

Glòria Rebollo-Garriga¹, Josefa Martínez-Juan¹, Gemma Falguera Puig², Sara Nieto-Tirado³, Lúdia Núñez Rodríguez⁴

¹Matrona. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Sabadell (Barcelona). Institut Català de la Salut (ICS).

²Matrona. Responsable de ASSIR. Área Metropolitana Norte. ICS. ³Matrona. ASSIR Mollet (Barcelona). ICS. ⁴Matrona.

Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Muntanya Barcelona ciutat (Barcelona). Institut Català de la Salut (ICS)

RESUMEN

Objetivo: Averiguar si las mujeres embarazadas conocen la visita preconcepcional y determinar la prevalencia de mujeres que solicitaron atención preconcepcional durante el año previo a la gestación.

Sujetos/material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con muestreo de conveniencia, en mujeres que iniciaron el control gestacional en los centros salud de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) pertenecientes al Área Metropolitana Norte de Cataluña en 2015.

Resultados: Se estudió a 235 gestantes. Conocían la posibilidad de solicitar asistencia previa a la concepción el 50,2% de las mujeres (n= 118), y finalmente solicitaron asistencia el 38,7% (n= 91). Únicamente el 4,3% (n= 4) realizó una demanda activa con finalidad preventiva. El profesional al que acudieron con mayor frecuencia fue la matrona 41,5% (n= 48) seguido del ginecólogo 34,74% (n= 41). El 65,5% (n= 59) de las mujeres que recibieron atención preconcepcional iniciaron la toma de ácido fólico en el periodo pregestacional, frente al 17,7% (n= 27) que no solicitaron atención preconcepcional (p= 0,03).

Conclusiones: Las gestantes desconocen la importancia de los cuidados de la visita preconcepcional con finalidad preventiva. Ante la poca demanda, es necesario hacer promoción y difusión activa de esta visita para recibir una atención previa a la gestación, con el objetivo de que las parejas estén informadas y tengan un estado de salud óptimo previo a la gestación.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Asesoramiento preconcepcional, embarazo, prenatal, matrona.

ABSTRACT

Objectives: Determine if pregnant women know the preconception visit and the prevalence of women who requested preconception care during the year prior to pregnancy.

Subjects/material and method: A transversal descriptive observational study was carried out, with convenience sampling, in women who initiated gestational control in the health centers of the sexual and reproductive health care units (ASSIR) belonging to the Northern Metropolitan Area of Catalonia (Spain) to the year 2015.

Results: 235 pregnant women were studied. They knew the possibility of requesting pre-conception assistance 50.2% of women (n= 118), requesting assistance at 38.7% (n= 91). Only 4.3% (n= 4) made an active demand for preventive purposes. The professional who attended most frequently was midwife 41.5% (n= 48) followed by gynaecologist 34.74% (n= 41). We observed a direct impact of preconception care in the prevention of neural tube defects, observing statistically significant differences (p= 0.03) among women who did receive preventive advice. 65.5% (n= 59) of the women who received preconception care started taking folic acid in the pre-pregnancy period compared to 17.7% (n= 27) in those who did not request preconception care.

Conclusions: Pregnant women are unaware of the importance of the care of the preconception visit for preventive purposes. Given the low demand, it is necessary to promote the preconception visit to receive pre-pregnancy with the aim of ensuring that couples are informed and has an optimal health status prior to pregnancy.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Preconception counselling, pregnancy, prenatal, midwife.

Fecha de recepción: 20/05/17. Fecha de aceptación: 28/04/18.

Correspondencia: G. Rebollo-Garriga.

Matrona ASSIR Sabadell. ICS. Matrona Corporació Sanitària Parc Taulí.

Parc Taulí, 1. 08208 Sabadell (Barcelona).

Correo electrónico: glo01es@hotmail.com

Este trabajo ha sido presentado como Comunicación tipo Póster en el IV Congreso de la Associació Catalana de Llevadores, XV Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2nd ICM Southern European Region Conference, celebrado en Tarragona los días 26, 27 y 28 de mayo de 2016.

Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Falguera Puig G, Nieto-Tirado S, Núñez Rodríguez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas Prof.* 2018; 19(2): 52-58.

INTRODUCCIÓN

Los resultados obstétricos están influenciados por múltiples factores, y uno de ellos es el estado de salud previo a la concepción¹. Las primeras semanas de gestación en las que, en la mayoría de los casos, la mujer desconoce que está embarazada son las más críticas para el desarrollo fetal². La evidencia científica sugiere que la exposición preconcepcional y prenatal a algunos factores de riesgo, como las exposiciones ambientales desfavorables o la presencia de hábitos tóxicos, hábitos dietéticos desfavorables o enfermedades crónicas descompensadas, pueden afectar negativamente a este desarrollo y ocasionar efectos de larga duración para la salud^{3,4}.

La atención previa a la concepción puede ayudar a aumentar los resultados positivos durante la gestación mediante el compromiso de las mujeres a mantener un estilo de vida saludable antes de quedarse embarazadas.

Según los datos recogidos en el estudio GestMujer⁵, realizado en 2013 con el objetivo de conocer los hábitos de las mujeres españolas en edad fértil respecto al uso de suplementos vitamínicos y ácido fólico antes y durante el embarazo, sólo 1 de cada 4 planifica su embarazo. El 80% de las mujeres embarazadas no habían consultado al ginecólogo o a la matrona para planificar la gestación; por este motivo, los expertos opinan que la consulta preconcepcional debe tener cada vez más importancia. En este mismo estudio, más del 50% de las futuras madres declaró no tener intención de solicitar asistencia preconcepcional en el caso de intentar un embarazo, y más del 54% manifestó no saber en qué consistía. Por tanto, se estima que un gran número de gestaciones en nuestro medio no son planificadas, lo que puede afectar al desarrollo fetal antes de que la mujer inicie el control prenatal.

Hay pocas investigaciones publicadas que identifiquen comportamientos o hábitos de vida en etapas previas a la concepción en las mujeres que sí han planificado la gestación. Un estudio realizado en Irlanda⁶ detectó diferencias en las variables sociodemográficas y socioeconómicas en la mayoría de los indicadores preconcepcionales, en los que se observaba que las mujeres jóvenes, las desfavorecidas socialmente o con un nivel cultural inferior presentaban hábitos de vida menos saludables, así como menores conocimientos sobre los factores de riesgo durante la gestación, por lo que directamente se consideró a esta población como un principal grupo de riesgo.

En 2011, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) publicó un documento de consenso sobre la consulta preconcepcional, en el que se convenía la necesidad de realizar ésta 2-3 semanas previas a la gestación, para así evitar posibles malformaciones

congénitas⁷. En la «Guía de práctica clínica del embarazo y el puerperio» del Sistema Nacional de Salud de 2014 se sugiere la suplementación diaria con 0,4 mg de ácido fólico desde, al menos, 1-2 meses antes de la concepción, o bien 5 mg diarios en mujeres que presenten factores de riesgo (hijo anterior con defecto del tubo neural, diabéticas o en tratamiento con anticonvulsivos). Además, se sugiere no administrar de manera sistemática una suplementación diaria con yodo a las mujeres que planifican su embarazo, así como preparados multivitamínicos para evitar defectos del tubo neural⁸. Siguiendo estas recomendaciones, la toma de ácido fólico 2-3 meses antes del embarazo podría prevenir 2 de cada 3 casos de defectos del tubo neural⁹.

Actualmente pocas mujeres tienen conocimiento de esta prevención, que en la mayor parte de los casos se inicia una vez se confirma la gestación⁹.

El asesoramiento preconcepcional en la atención primaria de salud, realizado por la matrona como profesional de referencia en los cuidados materno-fetales, forma parte de la cartera de servicios de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) en Cataluña¹⁰. Esta consulta supone un momento ideal para evaluar a la mujer y sus expectativas de futuro en relación con la gestación, así como el estado de salud de la pareja y/o los factores de riesgo asociados. La elevada proporción de mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional pone de manifiesto la necesidad de recibir atención previa, así como medidas de detección e intervenciones dirigidas al control de los factores de riesgo que puedan conllevar resultados obstétricos desfavorables (especialmente en grupos de riesgo)¹¹.

En algunos países (p. ej., Países Bajos) existen guías de práctica clínica dirigidas al asesoramiento y la atención preconcepcional con el objetivo de proporcionar a las parejas una mayor información y, así, mejorar en la medida de lo posible su estado de salud previo a la concepción. Estas guías aconsejan a los médicos de familia estar alerta sobre la prescripción de medicaciones crónicas en las mujeres que refieren tener deseo gestacional, y hacen hincapié en la información a estas parejas acerca de la disponibilidad de un asesoramiento preconcepcional¹².

En un ensayo clínico controlado y aleatorizado¹³ se evaluó si el asesoramiento preconcepcional contribuía a aumentar los conocimientos sobre los factores de riesgo relacionados con el embarazo, las medidas preventivas y la modificación de hábitos antes y durante el embarazo. En este ensayo se concluía que después del asesoramiento preconcepcional, las mujeres tenían más conocimientos sobre aspectos esenciales relacionados con la gestación incluso antes de estar embarazadas; también

se observó una modificación de los hábitos de vida con la finalidad de reducir los resultados adversos durante el embarazo. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el inicio de la suplementación de ácido fólico y el consumo de alcohol durante los 3 primeros meses de gestación. Respecto a los efectos adversos, una vez finalizada la gestación se observó que un 20% de las mujeres del grupo control presentó alguno de ellos, frente a un 16% en el grupo que recibió asesoramiento preconcepcional.

OBJETIVOS

Averiguar si las mujeres embarazadas conocen la visita preconcepcional y determinar la prevalencia de mujeres que solicitaron atención preconcepcional durante el año previo a la gestación.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Determinar los motivos de consulta de atención preconcepcional, las actividades preventivas realizadas durante la visita y el profesional que atendió a las mujeres.
- Determinar si existen diferencias en la demanda de atención preconcepcional según las características sociodemográficas y socioeconómicas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Ámbito de estudio

Centros de salud de atención primaria de los servicios ASSIR de Sabadell, Cerdanyola/Ripollet, Mollet, Granollers, Santa Coloma y Badalona del área Metropolitana Norte (Barcelona) del Institut Català de la Salut (ICS).

Diseño

Estudio observacional descriptivo y transversal.

Sujetos

Mujeres que iniciaron el control gestacional en los servicios ASSIR entre los meses de enero y diciembre de 2015.

Se incluyeron mujeres de más de 18 años que iniciaron el control gestacional antes de las 10 semanas de embarazo. Se excluyeron las mujeres con metrorragia de primer trimestre u otros problemas asociados a la gestación que pudieran interferir en la modificación de hábitos o estilo de vida, así como las que presentaban dificultades para la comprensión del idioma.

La técnica de muestreo fue de conveniencia en función de la presencia o no del equipo investigador.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó para una estimación poblacional de 12.437 mujeres (correspondientes al total de primeras visitas realizadas duran-

te 2013 en el área de estudio) con el programa Granmo 7.12. Se obtuvo una muestra aleatoria de 239 individuos, con un intervalo de confianza del 95%, una precisión de ± 5 unidades porcentuales y una prevalencia estimada de visitas preconcepcionales del 16%. El porcentaje de reposiciones fue del 15%.

VARIABLES DE ESTUDIO

En el estudio se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas, obstétricas y clínicas, los factores de riesgo de la gestación y las relacionadas con la atención preconcepcional.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado por la investigadora principal, que contenía 31 preguntas cerradas y 7 preguntas abiertas. Como control de calidad se realizó una prueba piloto con 10 mujeres para comprobar la comprensión y la adecuación del cuestionario. El cuestionario fue administrado por la matrona durante la primera visita de control del embarazo.

Se informó a las mujeres de los objetivos del estudio, solicitando su autorización voluntaria mediante consentimiento informado, y se garantizaron en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos conforme a la normativa vigente. El Comité de Ética de Investigación Clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol) aprobó el proyecto para su realización (código P14/077).

Análisis de los datos

Inicialmente se realizaron una revisión y una depuración de los datos obtenidos, con la finalidad de detectar y eliminar, en la medida de lo posible, errores u omisiones. Posteriormente se procedió a la codificación y el análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS 19 para Windows.

El análisis descriptivo se realizó en términos de media, desviación estándar (DE), frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para el estudio de las diferencias de porcentajes entre variables categóricas se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson. El nivel de significación se fijó en un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Un total de 239 mujeres contestó el cuestionario, 235 de las cuales fueron incluidas en el estudio; se excluyeron 4 mujeres por errores en la cumplimentación del cuestionario. Los resultados de las variables sociodemográficas y obstétricas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes (n= 235)

Procedencia	n (%)
Española	188 (80)
Resto de la Unión Europea	8 (3,4)
Asiática	5 (2,1)
Africana	11 (4,7)
Sudamericana	22 (9,4)
Otras	1 (0,4)
Nivel de estudios	
Educación primaria	35 (14,9)
Educación secundaria	114 (48,5)
Diplomatura/licenciatura	78 (33,2)
Máster/doctorado	8 (3,4)
Situación laboral o trabajo remunerado	
Trabajo remunerado	175 (74,8)
Estudiante	4 (1,7)
Labores del hogar	13 (5,5)
En paro	42(21,2)
Otra situación	1 (0,8)
Ingresos familiares (€)	
<24.000	105 (44,7)
De 24.000 a 36.000	64 (27,2)
>36.000	27 (11,5)
No sabe/no contesta	39 (16,6)
Embarazos previos	
Primer embarazo	118 (50,2)
Segundo o más embarazos	117 (49,8)
Abortos previos	
Uno o más abortos	79 (33,6)

La media de edad de las mujeres fue de 31,5 años (DE= 5,42), y el 50,2% (n= 118) eran primíparas. El control gestacional se inició a una media de 7 (DE= 1,57) semanas de la amenorrea.

Planificación de la gestación

El 79,14% (n= 186) de las mujeres manifestaron haber planificado la gestación actual, con una media de 7 (DE= 1,57) meses. El 94% (n= 221) de las gestaciones fueron espontáneas y un 6% (n= 14) mediante técnicas de reproducción asistida.

Visita preconcepcional

Del total de las mujeres participantes, el 50,2% (n= 118) manifestó conocer la posibilidad de solicitar asis-

Tabla 2. Motivos de consulta de atención preconcepcional, actividades preventivas recibidas que las mujeres consideraron de utilidad y profesional que las atendió (n= 91)

Principales motivos para solicitar atención preconcepcional	n (%)
Consulta por otro motivo y expresa deseo gestacional	51 (56)
Problemas para conseguir gestación	24 (26,3)
Presencia de patología de base	2 (2,1)
Carácter preventivo	4 (4,4)
Acude a la farmacia para solicitar ácido fólico	4 (4,4)
Otros	6 (6,6)
Actividades preventivas recibidas en la consulta preconcepcional que las mujeres consideraron de utilidad	
Educación sanitaria sobre aspectos relacionados con un futuro embarazo	78 (71)
Prevención de defectos del tubo neural	22,6 (52)
Prevención de hábitos tóxicos	14 (6)
Consejo dietético	16 (6,8)
Solicitud de pruebas complementarias	33 (14)
Cribado de cáncer de cérvix	24 (10,2)
Revisión y actualización del calendario vacunal	11 (4,7)
Consejo genético	10 (4,3)
Valoración de enfermedades previas a la gestación	11 (4,7)
Profesional que atendió la consulta preconcepcional	
Matrona	38 (16,2)
Ginecólogo	32 (13,3)
Médico de familia	17 (7,2)
Farmacéutico	1 (0,4)
Ginecólogo y médico de familia	2 (0,9)
Otros	1 (0,4)

tencia previa a la concepción, de las cuales el 38,7% (n= 91) recibió algún tipo de asesoramiento preconcepcional.

En la tabla 2 se muestran los motivos por los que las mujeres solicitaron atención preconcepcional, las actividades preventivas recibidas durante la consulta que consideraron de utilidad y los profesionales a los que las mujeres se dirigieron para solicitarla.

De las 3 áreas de ASSIR pertenecientes a la zona de estudio, en ASSIR 1 el 59,21% (n= 45) de las mujeres conocía la posibilidad de solicitar asesoramiento pre-

concepcional, seguida de ASSIR 2, con un 47,4% (n= 37), y ASSIR 3, con un 44,44% (n= 36). Las mujeres de ASSIR 1 fueron las que más solicitaron atención previa al embarazo (43,42% [n= 33]), seguidas de las de ASSIR 2 (38,2% [n= 31]) y ASSIR 3 (33,33% [n= 26]).

La educación sanitaria respecto a un futuro embarazo fue la actividad más valorada por las usuarias que recibieron atención preconcepcional, puesto que el 78% (n= 71) manifestó que había resultado útil para la resolución de dudas de cara a un futuro embarazo.

Mujeres que no recibieron atención preconcepcional

El 61,2 (n= 144) de las mujeres no recibieron atención preconcepcional, por los motivos siguientes: el 49,3% (n= 71) no conocía la posibilidad de asesoramiento previo, en el 29,9% (n= 43) fue una gestación no planificada, el 11,8% (n= 17) accedió a otras fuentes de información y el 9% (n= 13) no lo consideró importante.

Prácticas preventivas

El 63,4% (n= 149) de las mujeres iniciaron la profilaxis para la prevención de defectos del tubo neural (con la toma de suplementos de ácido fólico) una vez confirmado el embarazo, con una media de inicio de 6,90 (DE= 2,86) semanas de gestación. En el 36,6% (n= 86) de las mujeres que la iniciaron durante el periodo preconcepcional, la media de inicio fue de 2,9 (DE= 4,3) meses previos al embarazo.

Respecto a la toma de suplementos yodados, el 36,6% (n= 86) de las mujeres la hizo en la etapa preconcepcional, y el 63,4% (n= 149) la iniciaron ya estando embarazadas.

Factores de riesgo en la gestación

El peso fue valorado mediante el índice de masa corporal (IMC) previo a la gestación, que representaba un factor de riesgo en el 34,5% (n= 103) de las mujeres. El 13,6% (n= 32) de las mujeres tenía algún tipo de patología previa al embarazo, presente al inicio de la gestación. En relación con los antecedentes patológicos, la enfermedad tiroidea fue el más frecuente, con un 5,5% (n= 13), seguido de patologías psiquiátricas, digestivas, respiratorias, vasculares y otras (dislipemia, hipertensión, obesidad). Respecto a las enfermedades previas a la concepción susceptibles de recibir consejo genético, estaban presentes en el 7,3% (n= 17) de las mujeres, de las cuales solicitaron consejo genético un 2,6% (n= 6) frente a un 4,7% (n= 11) que no lo hicieron y lo solicitaron una vez iniciado el control gestacional. El 20,1% (n= 47) de las mujeres manifestó haber tomado algún

tipo de medicación durante la etapa preconcepcional, el más prevalente de los cuales fue el grupo de antiinflamatorios/analgésicos (24,7% [n= 18]). Otros fármacos presentes fueron los siguientes: antidepresivos, protectores gástricos, antihistamínicos, mucolíticos/antitusígenos, benzodiazepinas, progestágenos y anticonceptivos orales. El 88,9% (n= 209) de las mujeres manifestaron estar correctamente vacunadas, frente a un 2,6% (n= 6) que no lo estaba y un 8,5% (n= 20) que lo desconocía.

Comportamientos relacionados con la salud

El 46,4% (n= 109) de la muestra presentó hábitos tóxicos durante el año previo a la concepción; el hábito de fumar estaba presente en el 34,5% (n= 50) de las gestantes, el consumo de alcohol en un 21,7% (n= 51) y el consumo de drogas en un 2,1% (n= 5). De estas mujeres, el 15,59% (n= 17) lo dejó en el periodo pregestacional, frente a un 46,7% (n= 51) que lo hizo una vez confirmada la gestación. El 37,6% (n= 41) de las mujeres no abandonó el consumo durante la gestación.

En relación con los hábitos dietéticos, se valoró la percepción de las mujeres en relación con su alimentación. El 23,4% (n= 55) declaró seguir una dieta poco equilibrada o muy desequilibrada; el 93,3% (n= 220) manifestó consumir cada día, como mínimo, una ración de fruta o verdura, mientras que el 3% (n= 7) consumía 5 o más raciones al día; respecto al desayuno, el 61,7% (n= 145) manifestó que la mayoría de los días desayunaba 1 vez al día, y el 23% (n= 54) lo hacía 2 veces, antes de salir de casa y a media mañana; el 21,7% (n= 51) consumía productos hipercalóricos 3 o más veces a la semana.

El 61,3% (n= 144) de las mujeres no realizaba una actividad física de manera regular; del 38,7% (n= 91) que sí lo hacía, el 58,2% (n= 53) decidió disminuir su actividad una vez confirmado el embarazo. Al preguntar sobre el impacto de la actividad física frente al embarazo, el 77,9% (n= 183) manifestó conocer que era beneficiosa y aconsejable, en cambio el 6,4% (n= 15) manifestó que estaba desaconsejada y que suponía un riesgo para la gestación.

Relación entre las variables sociodemográficas, obstétricas, prácticas preventivas y la realización de la visita preconcepcional

Se compararon las variables sociodemográficas y obstétricas y las prácticas preventivas en relación con la realización o no de la visita preconcepcional.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ($p= 0,123$), el nivel so-

cioeconómico familiar ($p= 0,371$), el nivel de estudios ($p= 0,173$), el número de gestaciones previas ($p= 0,592$) o los abortos anteriores ($p= 0,398$) en las mujeres que recibieron atención preconcepcional.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el inicio precoz de la suplementación con ácido fólico, en la etapa preconcepcional, en las mujeres atendidas en la consulta preconcepcional ($p= 0,03$). El 65,5% ($n= 59$) de las mujeres que recibieron atención preconcepcional iniciaron la toma de ácido fólico en el periodo pregestacional, frente al 17,7% ($n= 27$) de las que no solicitaron atención preconcepcional.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al conocimiento acerca de la posibilidad de solicitar atención preconcepcional en función del área de atención de referencia ($p= 0,03$). A pesar de que en algunas áreas de atención a la salud sexual y reproductiva se observó este incremento en la proporción de mujeres que conocen la posibilidad de solicitar atención preconcepcional, no se observó un impacto sobre las que finalmente recibieron asesoramiento ($p= 0,066$), manifestando como principales motivos de no solicitarlo, a pesar de conocer la posibilidad de hacerlo, el hecho de haber accedido a otras fuentes de información (44,4% [$n= 12$]), el no considerarla importante (44,4% [$n= 12$]) y la dificultad para el acceso (11,2% [$n= 3$]).

DISCUSIÓN

Del total de mujeres participantes en el estudio, destaca la alta planificación de la gestación (79,15%). A pesar de ello, y en función de los resultados obtenidos, únicamente el 50% de las mujeres declaró conocer la posibilidad de solicitar atención preconcepcional con carácter preventivo. De ellas, sólo el 38% recibió asesoramiento preconcepcional, y un 4,3% realizó una demanda activa con finalidad preventiva hacia un futuro embarazo, ya que las principales causas fueron consultar por otro motivo y manifestar deseo gestacional y problemas para conseguir la gestación.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al conocimiento de las mujeres sobre la posibilidad de solicitar atención previa a la gestación, entre las diferentes áreas de atención sexual y reproductiva pertenecientes al estudio. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que finalmente la solicitaron.

Algunos estudios relacionan directamente a las poblaciones con características socioeconómicas o sociodemográficas desfavorables como principales grupos de riesgo, observando que las mujeres jóvenes, las desfavorecidas socialmente o con un nivel cultural inferior pre-

sentaban hábitos de vida menos saludables⁶. En este sentido, no se han observado diferencias estadísticamente significativas, ya que las variables socioeconómicas y sociodemográficas no han tenido una influencia directa sobre la demanda de atención preconcepcional ni sobre los hábitos de vida.

Las variables clínicas y obstétricas (paridad, abortos previos o enfermedades previas a la gestación susceptibles de recibir consejo genético) no fueron determinantes para la demanda activa de atención preconcepcional. Entre mujeres que presentaban algún tipo de enfermedad susceptible a recibir consejo genético, la mayoría de ellas solicitó una evaluación clínica estando ya embarazadas.

El análisis de la literatura indica que el consumo de tóxicos, como el tabaco, se asocia a una disminución de la fertilidad y reduce la probabilidad de tener un recién nacido sano, por lo que se recomienda el abandono del hábito previo a la concepción¹⁴. En este sentido, respecto al consumo de tóxicos presentes en el periodo pregestacional, destacó que la mayoría de las mujeres abandonaron el consumo una vez confirmada la gestación, o bien no lo abandonaron.

Respecto a los hábitos dietéticos, en la Enquesta de Salut a Catalunya¹⁵ se describen como buenos hábitos la ingesta de 5 raciones diarias de fruta y verdura en la población general, un desayuno saludable (definido por desayunar 2 veces, por la mañana y a media mañana) y un bajo consumo de productos hipercalóricos (máximo 3 por semana). Del total de mujeres participantes, únicamente el 2,98% realizaba la ingesta de frutas y verduras recomendada, el 23% desayunaba saludablemente y el 78,2% presentaba un bajo consumo de productos de elevado contenido calórico.

Respecto a la suplementación con ácido fólico como prevención de defectos del tubo neural, el 63,40% de las mujeres lo inició una vez confirmada la gestación, coincidiendo frecuentemente con la primera visita de embarazo. La media de inicio de la suplementación con ácido fólico se sitúa en las 7 semanas de gestación, dato que indica que en la mayoría de los casos no sólo no se inicia en el periodo pregestacional (según las recomendaciones), sino que las primeras semanas de gestación también quedan descubiertas. Este dato coincide, una vez más, con los resultados de los estudios realizados a nivel estatal, que demuestran que la suplementación pregestacional es muy deficiente y que, en la práctica diaria, la prescripción se realiza cuando se confirma la gestación⁵.

Cabe destacar que el principal profesional de referencia al que se dirigieron las mujeres que solicitaron atención preconcepcional fue la matrona, lo que coin-

cide con los estudios realizados a nivel estatal⁵, en los que destaca la figura de la matrona como principal fuente de información a la que las mujeres consultan. La consulta de la matrona en atención primaria de salud representa un momento idóneo para explorar el deseo gestacional e informar sobre la necesidad de realizar y/o concertar una visita de atención preconcepcional.

Limitaciones del estudio

La validez externa de la muestra está limitada a las mujeres del Área Metropolitana Norte que iniciaron el control gestacional en la sanidad pública, sin acceder a los datos de mujeres que controlaron la gestación en el ámbito de la atención privada.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

Ante el desconocimiento sobre la importancia de los cuidados prenatales, se requiere una promoción y difusión activa de la necesidad de recibir evaluación y asesoramiento previos a la gestación, con el objetivo de ayudar a las mujeres a estar informadas y mejorar, en la medida de lo posible, su estado de salud previo a la concepción.

Las consultas de asesoramiento anticonceptivo suponen el escenario ideal para proporcionar información acerca de la necesidad de solicitar atención preconcepcional. Ante la poca demanda activa de atención preconcepcional, es importante que todos los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos, médicos de familia, enfermeras, etc.) aprovechen cualquier contacto con la mujer en edad fértil para explorar o interrogar acerca de su deseo gestacional, con el objetivo de mejorar los conocimientos sobre los factores de riesgo relacionados con el embarazo, las medidas preventivas y la modificación de hábitos de vida antes y durante el embarazo, para contribuir a mejorar los resultados perinatales.

Teniendo en cuenta el avance actual en los sistemas de tecnología de la información y comunicación, y el hecho de que las mujeres manifestaron acceder a la educación sanitaria a través de otras fuentes de información, se podría plantear la posibilidad de desarrollar plataformas *online* de gestión de salud durante el periodo preconcepcional.

AGRADECIMIENTOS

A todas las matronas que cumplieron el cuestionario y a todas las mujeres gestantes que participaron de manera voluntaria en el estudio, ya que sin ellas no se hubiera podido realizar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Manage Rev.* 1994; 19(4): 49-55.
2. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Preconception health indicators among women-Texas, 2002-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012; 61(29): 550-5.
3. Brenna JT. Comment. Environmental exposures: how to counsel preconception and prenatal patients in the clinical setting. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207(6).
4. Elsinga J, De Jong-Potjer LC, Van der Pal-de Bruin KM, Le Cessie S, Assendelft WJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Womens Health Issues.* 2008; 18 Supl 6: 117-25.
5. Fabre E, Bermejo R, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, Lete I. Estudio observacional, transversal, de una muestra representativa de las mujeres españolas en edad fértil, sobre los cuidados, hábitos y promoción de la salud previamente y durante el embarazo: estudio GestMujer. *Prog Obstet Ginecol.* 2014; 57(7): 285-90.
6. Mc Nally S, Bourke A. Periconceptional folic acid supplementation in a nationally representative sample of mothers. *Med J.* 2012; 105(7): 236-8.
7. Fabre E, González JV, Melchor JC, Ramírez M, Serra B. Consulta preconcepcional. Documentos de consenso. *Soc Esp Ginecol Obstet.* 2011; 205-80.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de práctica clínica en el SNS: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) 2011/10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. AETSA, 2014.
9. Van Asselt KM, De Jong-Potjer L, Beentjes M, Wiersma T, Goudswaard AN. Summary of the NHG Standard «Preconception care». *Ned Tijdschr Geneesk.* 2012; 155(35).
10. Departamento de Salud. Plan Estratégico de Ordenación de Servicios de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2007.
11. Denny CH, Floyd RL, Green PP, Hayes DK. Racial and ethnic disparities in preconception risk factors and preconception care. *J Womens Health (Larchmt).* 2012; 21(7): 720-9 [DOI: 10.1089/jwh.2011.3259].
12. Bru Martín C, Martínez Galiano JM, De Dios Berlanga S. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Matronas Prof.* 2008; 9(1): 11-4.
13. Departament de Salut. Protocol de les activitats per al cribatge de càncer de cèrvix en l'atenció primària de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.
14. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal, julio de 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cntg02.control-prenatal.pdf>
15. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut a Catalunya 2013 (ESCA). Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf