

La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo

Cristina Roviralta Puente^a, Sonia Rodríguez Valiente^a, Jonathan Valdez González^b, Alba G. Lorenzo Valdez^b, Wally J. Reynoso Heinsen^b, Francisco López de Castro^c

^a Residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Toledo
^b Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Toledo
^c Médico de Familia. Ex Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Toledo.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Correspondencia: Cristina Roviralta Puente. C/ Barcelona, 2. 45005 Toledo. Correo electrónico: cristinaroviraltapuente@hotmail.com

Este trabajo ha sido presentado en el XVII Congreso SEMG Castilla - La Mancha celebrado en Cuenca del 15 al 17 de Noviembre de 2012 y obteniendo el premio a la mejor comunicación oral MIR-EIR.

Recibido el 12 de marzo de 2013. Aceptado para su publicación el 14 de mayo de 2013.

RESUMEN

Objetivo. Conocer el porcentaje de mujeres que han realizado consulta preconcepcional (CPC), los motivos de dicha consulta y las intervenciones realizadas.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, basado en entrevistas personales.

Emplazamiento. Atención Primaria.

Participantes. 465 mujeres con embarazo a término en los últimos doce meses.

Mediciones principales. Realización de CPC, motivos, profesionales consultados, consulta privada o pública y actividades realizadas (exploración física, ginecológica, pruebas de laboratorio, citología, estudio genético, vacunaciones, consejo sanitario, quimioprofilaxis).

Resultados. El 69,2% de los embarazos fue planificado. El 23,9% de las entrevistadas realizó CPC (IC95% 20,0-27,7). La CPC fue más frecuente en primíparas, mayores de 30 años, españolas y universitarias ($p < 0,05$). El motivo más habitual de CPC fue la prevención de problemas (40,8%). El 63,1% utilizó el sistema público, el 31,1% la privada y el 5,8% ambos. El profesional más consultado fue el médico de familia (60,2%). Las actividades más frecuentemente realizadas fueron: quimioprofilaxis (94,2%), consejo sanitario (82,5%), analítica (68,9%), citología (66,0%), exploración física (55,3%) y ginecológica (44,7%). Sólo hubo un 9,7% de vacunaciones. Existen diferencias entre las actividades realizadas en el sistema público y la medicina privada.

Conclusiones. El porcentaje de embarazos planificados es mayor de lo esperado, al igual que el de mujeres que realizaron CPC, probablemente por una mayor concienciación de la mujer. Los motivos son básicamente preventivos, por encima de la existencia de factores de riesgo o enfermedades crónicas. Hay un uso importante de la medicina privada. No existe una actuación homogénea en las actividades realizadas. Tanto la quimioprofilaxis como las vacunaciones son en general bajas.

PALABRAS CLAVE: Atención preconcepcional. Embarazo. Quimioprofilaxis. Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: Ascertain the percentage of women who have made a pre-conception consultation, the reasons for the consultation and interventions carried out.

Design: Observational descriptive-type study based on personal interviews.

Location: Primary healthcare.

Participants: 465 women with term pregnancies in the last twelve months.

Main Surveyed Data: Having pre-conception consultation (PCC), reasons, professionals consulted, private or public practice, activities carried out (physical or gynaecological examination, laboratory tests, pap smear, genetic study, vaccinations, healthcare advice, chemoprophylaxis)

Results: 69.2% of pregnancies were planned. 23.9% of those interviewed made a pre-conception consultation (IC95% 20.0-27.7). PCC was most frequent in first-time mothers over 30 years old, of Spanish nationality and with a university degree ($p < 0.05$). The most common reason for a PCC was the prevention of problems (40.8%). 63.1% used public health services, 31.1% private health and 5.8%, both. The most consulted professional was the family doctor (60.2%). The most frequent activities were: chemoprophylaxis (94.2%), healthcare advice (82.5%), analysis (68.9%), pap smear (66.0%), physical examination (55.3%) and gynaecological examination (44.7%). Vaccinations represented only 9.7%. There are differences between activities carried out in public and private health practices.

Conclusions: The percentage of planned pregnancies is higher than expected, as was the number of women having PCC, probably due to a greater awareness. The reasons are basically preventive, above the existence of risk factors or chronic illness. There is considerable use of private medicine. There is no unified procedure in activities carried out. Both chemoprophylaxis and vaccination are low.

KEYWORDS: Preconception care. Pregnancy. Chemoprophylaxis. Primary healthcare

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria preconcepcional o consulta preconcepcional (CPC) se define como el conjunto de intervenciones sanitarias que tienen como finalidad identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales, tanto maternos como paternos, antes de la concepción, con el fin de incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable¹.

La utilidad de la CPC no se limita a las mujeres que tienen el antecedente de una enfermedad o de un embarazo previo complicado, sino que también puede ser beneficioso para todas las mujeres aparentemente sanas y en las que no se reconocen factores de riesgo que puedan afectar a su reproducción². En el periodo preconcepcional, la mujer y su familia son particularmente receptivas a las acciones educativas dirigidas a mejorar su comportamiento y estilo de vida; por este motivo es el momento idóneo para promocionar cambios de hábitos y fomentar conductas saludables³. Además, el contacto con la futura gestante permite iniciar precozmente la quimioprofilaxis, para evitar problemas en el feto⁴.

La CPC se debe realizar preferentemente en un intervalo de un año antes del embarazo². Debe ser personalizada, en función de las características de la mujer (y de su pareja), sus antecedentes y su historia reproductiva⁵. En general, las actividades que deben incluir se centran en la evaluación del riesgo, la historia clínica –haciendo especial énfasis en los antecedentes personales, familiares y reproductivos–, la exploración física y ginecológica, las exploraciones complementarias, el desarrollo de acciones educativas y promotoras de la salud y la ya mencionada suplementación farmacológica⁵⁻⁷.

Dentro de las exploraciones complementarias a realizar, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda que a todas las mujeres se les realice determinación de hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, glucemia y proteinuria; citología vaginal (mediante triple toma) y cribado de rubéola, toxoplasmosis (discutido) y sífilis⁵.

Es poco frecuente que la mujer realice una consulta especialmente dedicada a preparar su embarazo⁸. Según datos de la SEGO, la mitad de las gestaciones en España son planificadas, pero tan sólo el 10% de las parejas que planifican su embarazo acuden a un programa de atención preconcepcional de forma voluntaria, a pesar de que el análisis de coste beneficio de la CPC resulta muy favorable y de la amplia evidencia disponible de que una serie de intervenciones antes del embarazo mejoran los resultados del mismo⁷.

Tal vez esta aparentemente escasa demanda, especialmente en el ámbito del sistema público de salud, sea la causa de la poca información existente sobre la asistencia sanitaria preconcepcional en nuestro entorno, sobre todo en Atención Primaria de Salud. Por ello decidimos realizar el presente estudio, cuyo objetivo fue estimar el porcentaje de mujeres que han realizado CPC antes de su maternidad, conocer los motivos de dicha consulta y describir las actividades e intervenciones realizadas en la misma.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo, elaborado a partir de los datos obtenidos en entrevistas personales, previa cumplimentación de un cuestionario.

El ámbito de estudio fue el área de salud de Toledo, que cubre una población total de 358.827 habitantes. La población del estudio fueron las mujeres que habían tenido un embarazo a término en los últimos doce meses. Se realizó un muestreo por reclutamiento, entre los meses de enero y septiembre de 2012, aprovechando las demandas de atención sanitaria, para ellas o sus hijos y por cualquier causa, en el hospital “Virgen de la Salud” de Toledo, en tres de los centros de salud urbanos de Toledo (“Palomarejos”, “Benquerencia” y “Santa Bárbara”), y en los centros rurales de Bargas y Camarena. El tamaño muestral necesario para estimar la proporción de CPC (valor esperado 12%) con una precisión de $\pm 3\%$ y $p < 0,05$, era de 450 mujeres.

A todas las mujeres que cumplían los criterios de inclusión se les invitó a cumplimentar un cuestionario con las siguientes variables: edad, nacionalidad, nivel de estudios (diferenciando básicos, secundarios o universitarios), número de embarazos y abortos, planificación del último embarazo (sí o no), problemas durante el embarazo (vómitos muy intensos, aumento de la tensión arterial, diabetes, problemas de tiroides, ingresos hospitalarios, amenaza de aborto y otros), tipo de parto (normal, complicado o cesárea) y realización de consulta preconcepcional (sí o no), definida como “aquella consulta que fue realizada a algún profesional sanitario, antes de quedar embarazada, con el fin de preparar su embarazo”.

Las mujeres que respondieron afirmativamente a esta última pregunta, fueron interrogadas por los investigadores sobre los siguientes aspectos:

- Motivos por los que realizaron la consulta, diferenciando planificación familiar, prevención de problemas, enfermedad crónica o factores

de riesgo previos, antecedentes obstétricos o familiares de riesgo y otros motivos.

- Profesional/es consultado/s.
- Consulta privada o pública.
- Actividades que fueron realizadas durante la consulta: exploración física, exploración ginecológica, pruebas de laboratorio, citología vaginal, estudio genético, vacunación (rubéola, hepatitis, otras), consejo sanitario (nutrición, tabaco, alcohol, drogas, riesgo laboral), quimioprofilaxis (ácido fólico, yodo, complejos vitamínicos, hierro).
- Satisfacción con la atención prestada.

Antes del inicio del estudio se realizó un pilotaje en 20 mujeres para detectar la existencia de posibles errores en el cuestionario, que fue después modificado ligeramente para facilitar su cumplimentación.

Todos los datos fueron introducidos en una base de datos del programa SPSS 12.0 para Windows que se utilizó para su tratamiento estadístico. Para la descripción se emplearon porcentajes, media y desviación estándar (DE), calculándose los correspondientes intervalos de confianza del 95% en los resultados principales. En el análisis estadístico se empleó el test de la χ^2 de Pearson para la comparación de porcentajes.

RESULTADOS

Finalmente se realizaron 465 cuestionarios, sin que hubiera ninguna negativa a participar.

En cuanto a las características de la muestra, la media de edad fue de 30,4 años (DE 6,2). El 77,0% eran de nacionalidad española y el 39,6% con nivel de estudios universitarios. El 46,2% eran primíparas. Hubo una planificación del embarazo en el 69,2% de los mismos (IC95% 64,8-73,3).

Como se puede apreciar en la figura 1, los problemas más frecuentes durante el embarazo fueron los vómitos intensos, aparecidos en el 19,4% de ellos, y la diabetes (15,3%). Respecto al tipo de parto, el 66,9% fue eutócico, el 18,5% por cesárea y el 14,6%, distócico.

El 23,9% (111) de las entrevistadas realizó consulta preconcepcional (IC95% 20,0-27,7). Ésta fue más frecuente en primíparas que en múltiparas (30,2 vs 18,4%; $p < 0,005$) y en mayores de 30 años (30,4 vs 16,9%; $p < 0,005$). También se encontró más comúnmente en mujeres españolas que en extranjeras (27,1 vs 13,1%; $p < 0,005$) y en quienes habían planificado el embarazo (33,2 vs 2,8%; $p < 0,001$). En relación a la formación académica, los datos recogidos nos muestran que la CPC fue más frecuente en mujeres con estudios universitarios que en aquellas con estudios secundarios o básicos (30,4 vs 24,4 vs 13,6%; $p < 0,005$).

La causa más habitual de dicha consulta fue la prevención de problemas (40,8%), seguido de planificación familiar (36,9%) y enfermedad crónica o factores de riesgo (26,2%), tal como muestra la figura 2.

El 63,1% utilizó el sistema público de salud, el 31,1% la sanidad privada y el 5,8% ambos. El

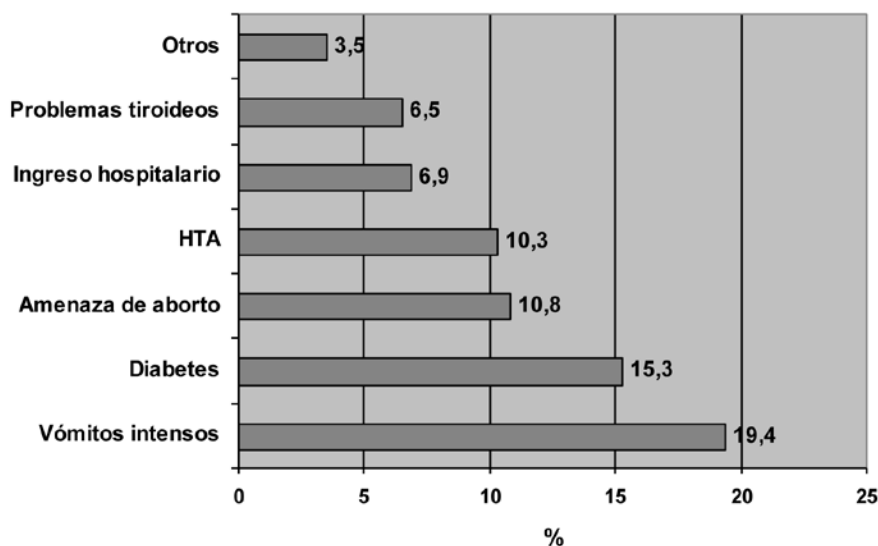


Figura 1. Problemas aparecidos durante el embarazo (% de mujeres).

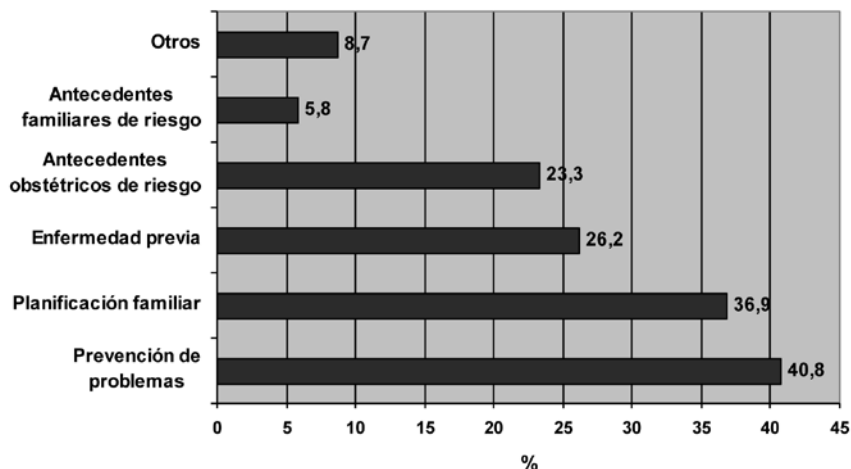


Figura 2. Motivos que llevaron a la mujer a realizar la consulta preconcepcional

profesional más consultado fue el médico de familia (en el 60,2% de los casos), seguido del ginecólogo (44,7%), la enfermera (29,1%) y la matrona (4,9%).

Las actividades que más frecuentemente se realizaron en la CPC fueron: quimioprofilaxis (94,2% de los casos), consejo sanitario (82,5%), determinaciones analíticas (68,9%), citología de Papanicolau (66,0%), exploración física (55,3%) y exploración ginecológica (44,7%). Hubo un 9,7% de vacunaciones (en todos los casos de Rubéola) y un 0,9% de estudios genéticos. Dentro de la quimioprofilaxis, en el 60,2% se prescribió ácido fólico; en el 55,3%, complejos vitamínicos; en el 4,9%, hierro; y, por último, en el 3,9%, yodo. El consejo sanitario más frecuente fue sobre consumo de tabaco (75,7%), seguido de nutrición (67,0%), alcohol (65,0%) y drogas (17,5%), y sobre riesgo laboral (17,5%).

En la tabla 1 se diferencian las actividades realizadas en función del ámbito, público o privado, de la CPC. Se puede observar las importantes diferencias en la realización de algunas actividades,

especialmente la exploración física, la ginecológica y la realización de citología vaginal, estas dos últimas, más frecuentes en la medicina privada.

El 98,1% de las mujeres quedó satisfecho de la atención prestada.

DISCUSIÓN

Un primer resultado que nos sorprende es que casi el 70% de los embarazos fueran planificados, cuando en la bibliografía se barajan cifras en torno al 50%⁵. Es posible que el retraso en la edad de la maternidad (hemos pasado de 29,0 años en 1991 a 31,2 en 2011)⁹, junto a una mayor sensibilización de la mujer, pueda explicar este cambio. Esta cifra, además, nos proporciona una referencia a alcanzar si queremos generalizar la CPC a todos los embarazos planificados.

Una de las principales patologías que aparecen durante el embarazo es la diabetes mellitus (DM). Aproximadamente un 1% es DM pregestacional y hasta un 12%, dependiendo de la estrategia

Actividad	Sistema Público (N=65)*	Sistema Privado (N=32)*	Signif. Estadística
Exploración física	42 (64,6%)	11 (34,4%)	p<0,005
Exploración ginecológica	12 (18,5%)	29 (90,6%)	p<0,001
Analítica	45 (69,2%)	21 (65,6%)	p>0,05
Citología vaginal	35 (53,8%)	27 (84,4%)	p<0,005
Estudio genético	0 (0,0%)	1 (3,1%)	No valorable
Vacunación	4 (6,2%)	2 (6,3%)	p>0,05
Consejo sanitario	55 (84,6%)	26 (81,3%)	p>0,05
Quimioprofilaxis	63 (96,9%)	28 (87,5%)	p>0,05

Tabla 1. Realización de actividades en función del ámbito, público o privado, de la consulta preconcepcional.

* Nota: se han excluido seis casos que consultaron en ambos sistemas.

diagnostica empleada, presentará DM gestacional¹⁰. En nuestro estudio hemos encontrado una cifra ligeramente superior, aunque hemos de recordar que no se trata de datos objetivados, ya que fueron comunicados por las propias mujeres, y cabe la posibilidad de error. En cualquier caso, esta incidencia justifica la realización de actividades enfocadas a un mejor control metabólico.

Nuestros datos sí coinciden con la bibliografía en lo referente a la presencia de hipertensión arterial, entre el 8 y 10%¹¹, otra de las patologías crónicas frecuentes que deben ser controladas antes de la concepción¹².

Respecto a la tasa de cesáreas, los datos de nuestro trabajo (18,5%) son inferiores a los publicados por el Ministerio de Sanidad referentes a España (21,9%) y Castilla-La Mancha (23,0%) en 2010, pero son acordes a los de nuestro hospital de referencia, entre el 18 y el 20% en los últimos cinco años¹³.

Encontramos que casi un 24% de la población encuestada –treinta y tres si consideramos sólo los embarazos planificados- refiere haber realizado CPC, dato que consideramos importante porque contrasta con lo observado por la SEGO en 2010 donde se comenta que tan sólo el 10% de las parejas que planifican su gestación acuden a un programa de atención preconcepcional¹⁴. El momento socioeconómico actual propicia que un porcentaje importante de mujeres prioricen su desarrollo profesional y su independencia, sobre la maternidad. Esto conlleva el ya mencionado aumento de la edad media para concebir, incrementándose así los factores de riesgo materno-fetal¹⁵. Pensamos que todo esto, unido al descenso en el número de hijos, hace que la mujer sea más consciente de la necesidad de planificar adecuadamente sus embarazos, lo que le lleva a consultar con más frecuencia antes de los mismos. En consonancia con lo anterior, la realización de CPC es más frecuente en mujeres mayores de 30 años, primigestas, españolas y con estudios universitarios. Hemos de advertir de la posibilidad de un sesgo, debido a la infrarrepresentación de usuarias de la sanidad privada, ya que la captación de las mujeres se hizo exclusivamente en centros públicos. Este hecho debe ser tenido en consideración a la hora de interpretar los resultados.

Dentro de los motivos por los que las mujeres realizan la CPC, en primer lugar se encuentran los que podríamos llamar “preventivos primarios”, la prevención de problemas y la planificación familiar, por encima de aquellos otros derivados de la existencia de factores de riesgo o enfermedades crónicas, lo que refuerza nuestra idea de una cada vez mayor responsabilización de la mujer de su

maternidad.

El sistema sanitario más consultado es el público, en casi dos tercios de los casos, pero no es despreciable la cifra de mujeres que acuden a la sanidad privada o a ambos. Es difícil valorar ese porcentaje de usuarias de consultas privadas, porque no hemos encontrado datos en la bibliografía, pero, si utilizamos como referencia los partos en hospitales privados (en torno al 30% en 2005)^{16,17} nuestra cifra está en total consonancia. Dado que la CPC no forma parte de ninguna actividad programada en las consultas de Atención Primaria en nuestro ámbito, deberíamos reflexionar sobre si estamos ante una demanda no totalmente satisfecha, a la que deberíamos dedicar más recursos, tanto en Atención Primaria como en la hospitalaria.

En cuanto al profesional más consultado, nos parece razonable que fuera el médico de familia, teniendo en cuenta su mayor accesibilidad y la capacitación para realizar este tipo de consultas, de baja complejidad¹⁸. Pero queremos llamar la atención del hecho de que la enfermera de familia ocupe el tercer lugar, siendo tal vez éste un recurso infrutilizado, por desconocimiento por la población de la cartera de servicios que ofrece. Es posible también que el nº de CPC realizadas a los profesionales de enfermería de Atención Primaria sea mayor de lo encontrado, pero al ser resueltas con información y educación para la salud en lugar de con alguna exploración o tratamiento, algunas mujeres no lo hayan considerado una consulta preconcepcional como tal. En cualquier caso, las mujeres que se plantean un embarazo tienen en su médico y enfermera de familia a un profesional accesible y con los conocimientos adecuados para realizar la CPC¹⁹. En la mayoría de los casos, el conocimiento del historial clínico de la mujer va a permitir identificar conductas de riesgo antes del embarazo y promocionar hábitos de vida saludables, incluyendo también a la pareja.

Analizando las diferentes actividades que se realizan en la CPC consideramos que no existe una actuación homogénea a pesar de las pautas marcadas por las sociedades científicas^{5-7,20}. Como vimos, existen diferencias en las intervenciones realizadas en la CPC según el profesional consultado, de forma que los médicos de familia realizan más exploración física, pero menos exploraciones ginecológicas y citologías que los ginecólogos. Todas ellas son exploraciones recomendadas en la CPC, por lo que en ambos casos hay opciones de mejora. Debe tenerse en cuenta que, al tratarse de una encuesta realizada a mujeres con un embarazo a término cuya inclusión abarcó hasta el primer año de vida de su hijo y por consecuencia bastante tiempo después de la

CPC, podría existir la posibilidad de que algunas mujeres no recordaran con exactitud algunas de las actividades que se les realizaron durante dicho periodo, aunque pensamos que poca influencia puede tener este hecho, dada la especial sensibilización de la mujer con todos los aspectos relacionados con la maternidad, como demuestra el que no hayamos tenido ninguna negativa a participar en el estudio.

La quimioprofilaxis se realiza en casi todas las CPC, siendo la más común la suplementación con ácido fólico, sobre la que no existe ninguna controversia. Se recomienda una dosis de 400 µg/día durante el periodo comprendido entre cuatro semanas antes y doce semanas tras la concepción^{21,22}. En aquellas mujeres que presenten un riesgo alto como tener un hijo previo nacido con espina bífida; historia familiar con defectos del tubo neural; epilepsia en tratamiento con carbamazepina o ácido valproico; tratamiento con antagonistas del ácido fólico: metotrexato, deben ser suplementadas con al menos 4mg/día²³. Realizando una comparativa con otros países, encontramos que la proporción de embarazos con suplementación preconcepcional ronda o supera el 50% en Inglaterra²⁴ o Canadá²⁵, mientras que los datos en España no superan el 20% en ningún caso (incluyendo nuestro estudio)^{26,27}, barajándose cifras a nivel nacional en torno al 4,5%²⁴.

Los requerimientos de yodo en la etapa preconcepcional son de 150 µg/día^{5,19} que pasan a ser de 300 µg/día en la gestación. Diversas organizaciones recomiendan iniciar la suplementación con yoduro potásico a dosis de 200 µg/día desde 3 meses antes del inicio del embarazo^{14,19,23}. La OMS recomienda yodar la sal de cocina y aportar suplemento de yodo a las embarazadas. A pesar de todo esto, en nuestro país se calcula que entre el 30 y el 50% de las embarazadas no consumen las dosis diarias de yodo recomendadas²³. En nuestro estudio, tan sólo el 3,9% de las mujeres reportaron una suplementación con yodo, si bien como ya hemos comentado anteriormente, se trata de un dato no objetivado y probablemente sesgado, por no tener en cuenta el yodo de algunos preparados vitamínicos. De todas formas, creemos que es un tema que merece ser estudiado con más profundidad.

Las recomendaciones sobre la utilización de complejos vitamínicos está en constante evolución, ya que van variando en función de los estudios que se realizan¹⁹. Debemos destacar la modificación de la recomendación sobre la vitamina A, de la que suele ser suficiente la ingesta dietética para

cubrir las necesidades, resultando inútil, además de peligroso, su aporte complementario²³. En el caso de la vitamina D, cuya fuente principal es la exposición a la luz solar, no suele ser necesaria la utilización de suplementos, reservándose sólo para aquellos casos como el hipoparatiroidismo materno²³. En el resto de vitaminas no existe una evidencia para su suplementación, más allá de la ingesta dietética²⁸.

Otra de las actividades que se realiza de forma generalizada en la CPC, como vemos en nuestros resultados, es la educación para la salud. Uno de los aspectos a incluir debe ser la actividad física, que, realizada de forma regular, preparará a la mujer para estar en óptimas condiciones físicas para su futura gestación. También es importante la prevención del consumo de alcohol y tabaco, ya que el periodo de embriogénesis es el más vulnerable a los agentes teratógenos, por lo que es recomendable la modificación del hábito ya en el periodo preconcepcional^{2,19,29}. La alimentación es otro punto clave a desarrollar, la mujer durante la etapa reproductora debe adecuar la calidad de su ingesta hacia un consumo de alimentos y nutrientes apropiados que permita potenciar su salud y evitar el desarrollo de enfermedades gestacionales, como la hipertensión o la diabetes^{2,11,28}.

En cuanto a las vacunaciones en la etapa preconcepcional, menos del 10% de las mujeres que realizaron CPC reportaron haber sido vacunadas, siempre de rubéola. Aunque pueda parecer una cifra baja, es difícil hacer una valoración de este dato, por falta de mayor información y ausencia de referencias en la bibliografía encontrada. Ante una serología negativa frente a la rubéola y en ausencia de una historia documentada de administración, se recomienda la administración de dos dosis de triple vírica, separadas entre sí por al menos un mes, evitando el embarazo en las cuatro semanas siguientes; si la mujer es susceptible de padecer la varicela, se recomendará la misma pauta, pudiéndose administrar de forma simultánea³⁰. La mujer en edad fértil debería tener al día su calendario vacunal y estar inmunizada contra el tétanos, para la prevención del tétanos neonatal, y la hepatitis B³¹. La inmunización adecuada de la mujer joven y su pareja, junto con la historia de vacunaciones, hará más fácil los cuidados y la preparará para una gestación y una crianza más saludables. También es muy recomendable la vacunación antigripal en época epidémica³².

A modo de conclusión, pensamos que la CPC es una actividad preventiva muy importante, cada vez más solicitada por la mujer, que debe formar parte integral de la atención que prestan los equipos de

Atención Primaria, dando un mayor protagonismo en la misma a la enfermera de familia. La salud de nuestras embarazadas y de nuestros niños lo agradecerá.

BIBLIOGRAFÍA

- Johnson K, Posner SF, Biermann L, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care – United States. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2006; 55: 1-23.
- Sánchez Ruiz JC, González López E, Aparicio Tijera C, Ezquerro Gadea J. Consulta preconcepcional en atención primaria. *Semergen.* 2005; 31(9):413-7.
- Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. *Medifam.* 2001; 2(4):207-15.
- The American Collage Of Obstetricians and Gynecologists, District II/IV. Preconception care. A guide for optimizing pregnancy outcomes. Disponible en: <http://mail.ny.acog.org/website/PreconBooklet.pdf> [consultado el 25/02/2013]
- Ibáñez LP, Fabre E. Consulta preconcepcional. En: Bajo Arenas JM, Melchor JC, Mercé LT (eds). *Fundamentos de Obstetricia.* Madrid: SEGO, 2007.p.217-25.
- Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *AJOG.* 2008;199(6 Suppl.B):S280-S289.
- Atrash H, Jack BW, Johnson K. Preconception care: a 2008 update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008;20(6):581-9.
- Brú Martín C, Martínez Galiano JM. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Matr Prof.* 2008; 9(1):11-14. 37% CPC
- INE. Indicadores Sociales 2011. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_analisoc.htm [consultado el 07/02/2013]
- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo (3ª edición). *Av. Diabetol* 2006; 22 73-87.
- Marín Iranzo R, Gorostidi Pérez M, Álvarez- Navascúes R. Hipertensión arterial y embarazo. *NefroPlus* 2011; 4 (2): 21-30.
- Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *AJOG.* 2008; 199(6 Suppl.B):S310-27.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Disponible en <http://cmbd.es>. [consultado el 07/02/2013].
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Consulta preconcepcional.* 2010. Disponible en: http://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf [consultado 25/02/2013].
- Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54(11):575-80.
- Instituto Nacional de Estadística. *Estadística de Indicadores Hospitalarios 2005.* Distribución de la actividad obstétrica realizada en los hospitales según la entidad jurídica de quien dependen. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm> [consultado el 07/02/2013]
- Muñoz Cobos F, Carrasco Rodríguez A, Ortega Fraile I, Hernández Romero J. ¿Se diferencian los partos en clínicas públicas y privadas? *Aten Primaria.* 2002;30(9):590-1.
- Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> [consultado el 20-02-2013]
- Formación Médica Continuada en Atención Primaria. *Protocolos 2/2011. Embarazo y puerperio.* Disponible en: www.elsevierfmc.com [consulta 21/02/2013]
- Centers for Disease Control and Prevention. Preconception Care and Health Care. Página web: <http://www.cdc.gov/preconception/planning.html> [updated: December 17, 2012]
- López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Iglesias Piñeiro MJ, Ojuel Solsona J, Gutiérrez Teira B et al. Actividades preventivas en la mujer. *Aten Primaria.* 2012;44(Supl 1):65-80. Disponible en: http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_7.pdf [19-02-13]
- The Guide to Clinical Preventive Services. 2012. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/> [19-02-13]
- López Rodríguez MJ, Sánchez Méndez JI, Sánchez Martínez MC, Calderay Domínguez M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010;34:117-128.
- Prevention of neural tube defects by periconceptual folic acid supplementation in Europe. *Eurocat* 2003. Citado por: López Rodríguez MJ, Sánchez Méndez JI, Sánchez Martínez MC, Calderay Domínguez M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010;34:117-128.
- Miller EC, Liu N, Wen SW, Walker M. Why do Canadian women fail to achieve optimal pre-conceptual folic acid supplementation? An Observational Study. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(11):1116-1123
- Pérez-Vázquez A, Vidal Álvarez R, Castro Pazos M, Aulet Ruiz A. Prevalencia del uso preconcepcional del ácido fólico en el área norte de Pontevedra. *Aten Primaria.* 2003;32(7):437.
- Navarrete-Muñoz EM, Giménez Monzó D, García de la Hera M, Climent MD, Rebagliato M, Murcia M et al. Ingesta dietética y de suplementos de ácido fólico en mujeres embarazadas de Valencia. *Med Clin (Barc).* 2010;135(14):637-43.
- Arija V, Cucó G, Vila J, Iranzo R, Fernández-Ballart J. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus en la etapa preconcepcional, el embarazo y el posparto. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(1):5-11.
- Lu MC. Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician.* 2007; 76(3):397-400.
- Puig-Barberà J. Vacunas y embarazo (I): vacunas indicadas en las mujeres embarazadas. *Aten Primaria* 2004; 33(1): 38-43.
- Aldaz Herce P, Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Martín Martín S et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. *Aten Primaria.* 2012;44 Supl 1:36-51.
- Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *AJOG.* 2008; 199(6 Suppl.B):S290-5.