



Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

Universidad de Valladolid

**Diseño de un Programa de
Educación Para la Salud de
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL**

Alumna: Carmen Beltrán Guerra
Tutora: Sara García Villanueva

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los embarazos de nuestro entorno no están planificados, lo que supone que en el momento de la concepción muchas mujeres no gozan del estado de salud recomendado para la gestación y se encuentran expuestas a numerosos factores de riesgo.

La consulta preconcepcional se basa tanto en la evaluación del riesgo previo al embarazo, la educación y la promoción de la salud como en favorecer la temprana suplementación farmacológica de nutrientes. Por este motivo se ha diseñado el *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* para mujeres en edad reproductiva con deseo genésico.

Métodos: Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a mujeres en edad reproductiva y sus parejas de cualquier Centro de Salud que ofrezca cobertura para al menos 10.000 usuarios.

Resultados: A través de las intervenciones de educación, promoción de la salud y prevención se mejoran las posibilidades de conseguir un embarazo en un futuro sin tener que recurrir a técnicas más complejas.

Conclusiones: La Atención Preconcepcional presenta una favorable relación coste-beneficio y aunque supone un incremento en la carga asistencial, la implantación de programas de atención sanitaria preconcepcional ha demostrado aumentar la prevención de algunas patologías durante el periodo de gestación, facilitar el acceso de los usuarios a los programas de consejo genético, incrementar el consumo temprano de ácido fólico y conseguir mayor control de los factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE

Atención preconcepcional, atención primaria de salud, educación en salud y prevención primaria.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| 2. JUSTIFICACIÓN..... | 5 |
| 3. OBJETIVOS..... | 8 |
| 3.1. GENERAL..... | 8 |
| 3.2. ESPECÍFICOS..... | 8 |
| 4. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 9 |
| 4.1. DISEÑO..... | 9 |
| 4.2. POBLACIÓN DIANA A QUIEN VA DIRIGIDA. MUESTRA..... | 10 |
| 4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN..... | 10 |
| 4.4. DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN O DEL PROGRAMA..... | 11 |
| 4.5. PROCEDIMIENTO..... | 12 |
| 4.6. DESVIACIONES Y FORMA PREVISTA DE ACTUACIÓN..... | 20 |
| 4.7. MATERIAL UTILIZADO..... | 20 |
| 4.8. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES..... | 21 |
| 5. RESULTADOS..... | 22 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 25 |
| 6.1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS..... | 26 |
| 6.2. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN..... | 26 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 28 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 29 |
| 9. ANEXOS..... | 31 |
| 9.1. ANEXO I. CUESTIONARIO..... | 31 |
| 9.2. ANEXO II. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN..... | 35 |
| 9.3. ANEXO III. DOCUMENTO PARA LA EVALUACIÓN CONTINUA..... | 36 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) empleados en la búsqueda bibliográfica. | 9 |
| Tabla 2. Cronograma: distribución del programa por semanas. | 11 |
| Tabla 3. Cronograma: duración de las sesiones y metodología. | 12 |
| Tabla 4. Recomendaciones para las mujeres con enfermedades crónicas. | 15 |
| Tabla 5. Recomendaciones para las mujeres con antecedentes reproductivos. | 15 |
| Tabla 6. Recomendaciones de hábitos saludables y abandono del consumo de sustancias tóxicas. | 17 |
| Tabla 7. Recomendaciones de suplementos farmacológicos. | 17 |
| Tabla 8. Recomendaciones de vacunación antes del embarazo frente riesgos infecciosos. | 19 |
| Tabla 9. Recursos materiales. | 21 |
| Tabla 10. Cronograma: organización semanal. | 22 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

DTN: Defectos del Tubo Neural

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia



1. INTRODUCCIÓN

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2018 nacieron 8'41 niños por cada 1.000 habitantes¹. Según la misma fuente, en 2018 por cada 1.000 nacimientos fallecieron 4'40 niños durante el periodo perinatal². Esta última cifra ha disminuido considerablemente en los últimos años gracias al acceso a la sanidad y a los avances en salud preconcepcional.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se encuentran recogidos los derechos sexuales y reproductivos, entre los cuales está el acceso a la planificación familiar³. Poder decidir libremente sobre la formación de una familia y tener acceso a educación sanitaria previamente se relaciona con un aumento en la calidad de vida de las parejas con deseo gestacional y se acompaña de unos mejores resultados durante el embarazo⁴.

La salud de la mujer durante la gestación depende en gran medida de su estado de salud antes de la concepción. El periodo de mayor vulnerabilidad para el embrión son las primeras semanas, ya que son las más críticas para el desarrollo fetal⁵. Durante este tiempo, la mujer aún desconoce que está embarazada y el desarrollo embrionario puede verse negativamente afectado por la exposición a algunos factores de riesgo, como la presencia de hábitos dietéticos perjudiciales, el consumo de sustancias tóxicas o las enfermedades crónicas no controladas.



2. JUSTIFICACIÓN

El elevado número de mujeres en edad fértil pone de manifiesto la necesidad de recibir atención previa al embarazo, así como medidas de detección e intervenciones dirigidas al control de los factores de riesgo que puedan conllevar resultados obstétricos desfavorables.

Tan solo la mitad de las gestaciones en nuestro entorno están planificadas, solo un 10% de estas parejas acuden de forma voluntaria a un programa de Atención Preconcepcional^{6,7}. Según algunos estudios, aproximadamente un 70% de las mujeres que están intentando quedarse embarazadas, están interesadas en aumentar su información sobre la gestación⁶⁻⁸.

La consulta de Atención Preconcepcional se basa en la evaluación del riesgo previo a la concepción, la educación y promoción de la salud y favorecer la temprana suplementación farmacológica de nutrientes^{6,7}.

Aunque la implantación de programas de atención sanitaria antes de la concepción incrementa la carga asistencial, el análisis del coste-beneficio resulta favorable⁶⁻⁹. La existencia de una consulta en la que se promueva la educación sanitaria y se fomente la prevención de riesgos, podría 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 embarazadas¹⁰.

Las gestantes desconocen la importancia de los cuidados de la visita preconcepcional con finalidad preventiva¹¹. Ante la poca demanda, es necesario hacer promoción y difusión activa de esta visita para recibir una atención previa a la gestación. Es recomendable sensibilizar a las parejas para que sean conscientes de que tener un hijo requiere una preparación biopsicosocial¹².

La asistencia preconcepcional es útil tanto para las mujeres que acuden espontáneamente a solicitar consejo antes de quedarse embarazadas, como para aquellas que acuden por la existencia de factores de riesgo. Como la mayoría de los embarazos no están planificados, es importante que todos los profesionales sanitarios (matronas, enfermeras, médicos de familia, ginecólogos,



etc.) que proporcionan asistencia médica a la mujer durante los años reproductivos tengan en cuenta la posibilidad de una futura gestación^{11,13}.

Se debe aprovechar cualquier contacto con la mujer en edad fértil para explorar o interrogar acerca de su deseo genésico, con el objetivo de promover la Atención Preconcepcional y la detección del riesgo reproductivo, y para informar y educar sobre los comportamientos o hábitos que aumentan los riesgos. Hay suficiente evidencia científica que demuestra que a través de estrategias de promoción de la salud pregestacional y prevención se mejora la salud reproductiva de estas mujeres¹⁴.

Otro de los problemas asociados a la falta de planificación del embarazo, es que muchas mujeres retrasan o no realizan la toma de suplementos farmacológicos, esta es otra certeza más de la importancia de la consulta preconcepcional¹⁴.

Dado que durante el periodo anterior a la concepción tanto la mujer como su familia están más receptivos a mejorar su estilo de vida; esta consulta es el momento ideal para evaluar a la mujer y sus expectativas de futuro, así como el estado de salud de la pareja y los factores de riesgo a los que puedan estar expuestos^{8,11}. Es un espacio perfecto para sugerir cambios en sus hábitos y fomentar conductas saludables.

El *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* engloba un conjunto de intervenciones para identificar y prevenir las condiciones biológicas y hábitos que pueden comprometer la salud de la mujer y del futuro bebé.

Según el documento de consenso sobre la consulta preconcepcional publicado en 2011 por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) existe la necesidad de realizar dicha consulta como mínimo dos o tres semanas antes de la gestación, para así evitar posibles malformaciones congénitas⁵.

En condiciones ideales, la consulta se debe realizar al menos un año antes de planear un embarazo y se recomienda la participación de la pareja tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento⁶.



Este servicio debe estar disponible desde el primer nivel de atención sanitaria, en los Centros de Atención Primaria. Resulta imprescindible la formación de los profesionales de salud para la realización de tareas de prevención de factores de riesgo reproductivos y ofrecer asesoramiento en relación con la búsqueda de embarazo¹⁵.

En este nivel también se realiza la detección precoz de aquellas personas que presentan problemas de fertilidad y se deriva al siguiente escalón tras solicitar un estudio básico. Además, se realiza el asesoramiento y la derivación de aquellas personas que, por diferentes circunstancias, requieren de procedimientos de reproducción médicamente asistida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también cree necesario el diseño y la aplicación de programas de educación sanitaria que asesoren y ayuden las parejas con deseo de embarazo a planificarlo^{12,16}.

Se requiere una mayor difusión de la necesidad de recibir información y asesoramiento a través de la consulta preconcepcional debido a que la mayoría de las parejas desconocen la importancia de los cuidados que se deben seguir previos a la concepción.



3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Diseñar un programa de educación sanitaria para la promoción de la salud preconcepcional y prevención de problemas en la gestación desde atención primaria a través de la implantación de la consulta preconcepcional.

3.2. ESPECÍFICOS

- Demostrar la importancia de la consulta preconcepcional y de la participación de la enfermera en ésta.
- Incrementar el número de parejas que planifican el embarazo a través de la atención previa a la concepción.
- Guiar a los futuros padres en la modificación de sus hábitos menos saludables y ayudar a la madre a conseguir el máximo estado de salud desde la concepción.
- Aconsejar sobre el consumo de suplementos farmacológicos antes de la gestación.
- Enseñar a identificar y evitar situaciones de riesgo para la gestación a través de la promoción de la salud preconcepcional y la prevención de dichos factores desde Atención Primaria.
- Educar en el manejo de patologías crónicas de la madre antes de la concepción.
- Enfatizar en la importancia de la vacunación y prevención de infecciones durante el embarazo.
- Facilitar la comunicación con los usuarios a través de la consulta telefónica.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado se ha seguido el esquema de un Diseño de Programa de Educación para la Salud.

Se realizó una primera búsqueda bibliográfica en las bases de datos Biblioteca Cochrane, Cuiden y SciELO. Además, se obtuvo información de páginas institucionales como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Para dicha búsqueda se usaron palabras clave utilizando los descriptores en ciencias de la salud, DeCS, y los MeSH correspondientes. Se utilizó el operador booleano AND, combinando *atención preconcepcional* con las demás palabras.

Tabla 1. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) empleados en la búsqueda bibliográfica.

| DeCS | MeSH |
|----------------------------|---------------------|
| Atención preconcepcional | Preconception care |
| Atención primaria de salud | Primary health care |
| Prevención primaria | Primary prevention |
| Educación en Salud | Health education |

Los criterios de inclusión de la búsqueda fueron aquellos artículos y guías sobre Atención Preconcepcional que fueran acordes a los objetivos de este trabajo, escritos en inglés o español y publicados en los últimos 10 años. Los criterios de exclusión se basaron en que los artículos seleccionados trataran sobre la Atención Prenatal.

Se encontró un total de 62 artículos, de los cuales, tras leer el título y el resumen se mantuvieron 9 artículos, 3 guías, 3 protocolos y 1 tratado. Se amplió la búsqueda de guías y protocolos a 15 años, puesto que los más importantes no han sido actualizados.



Tras la búsqueda bibliográfica se procedió al diseño del *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* siguiendo los apartados que se desarrollan a continuación.

4.2. POBLACIÓN DIANA A QUIEN VA DIRIGIDA. MUESTRA

El *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* se dirige a todas las mujeres con deseo de embarazo que se encuentran en edad reproductiva. También se incluirá a sus parejas si tuvieran. No se hará ningún tipo de distinción por aspectos demográficos o culturales, pues la educación preconcepcional es importante para todas las mujeres independientemente de dichos factores.

Se llevará a cabo en un Centro de Salud que dé cobertura al menos a 10.000 usuarios. Para su implantación deberá haber un mínimo de 3 parejas o 6 personas y un máximo de 10 parejas o 20 personas.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

- Mujeres y sus parejas en edad reproductiva con deseo gestacional.
- Mujeres y sus parejas en edad reproductiva que no hayan sido diagnosticadas de infertilidad y derivadas a Unidades de Reproducción Asistida.
- Mujeres y sus parejas que hayan sido o no padres previamente.
- Mujeres y sus parejas con antecedentes de abortos. Aunque se aconseja que a partir de dos abortos se sometan a un estudio diagnóstico¹⁷.
- Parejas de mujeres homosexuales que van a recurrir a técnicas de reproducción asistida y estén en lista de espera.
- Madres solteras que desean un embarazo y recurren a técnicas de reproducción asistida y estén en lista de espera.

Exclusión

- Mujeres y sus parejas en edad reproductiva que hayan sido diagnosticadas previamente de infertilidad y ya han sido derivadas a una Unidad de Reproducción Asistida.

4.4. DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN O DEL PROGRAMA

La Atención Preconcepcional debe comenzar como mínimo un mes antes de la gestación, para poder empezar lo antes posible con el suplemento farmacológico de ácido fólico.

El *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* tendrá una duración de cuatro semanas desde la captación hasta la cuarta sesión, para garantizar cambios en el primer mes, la quinta sesión se realizará en la séptima semana y durante todo el periodo de implantación, los participantes tendrán habilitada la consulta telefónica.

Las sesiones tendrán lugar en el Centro de Salud, en horario de tarde. El día de la semana se decidirá por consenso entre todos los participantes del programa para que sea compatible con sus trabajos y actividades.

Tabla 2. Cronograma: distribución del programa por semanas.

| Sesión | Semana |
|--------------------------|---------------|
| Captación de las parejas | Semana 1 |
| 1ª sesión | Semana 2 |
| 2ª sesión | Semana 3 |
| 3ª sesión | Semana 3 |
| 4ª sesión | Semana 4 |
| 5ª sesión | Semana 7 |
| Consulta telefónica | Semana 1 a 7 |

4.5. PROCEDIMIENTO

Tanto en el momento de la captación como en la entrevista de la primera sesión, se realizará un diagnóstico de la situación, y en la segunda sesión se hará un análisis de las necesidades formativas de todos los participantes a través de un test (*ANEXO I*). Los contenidos mínimos que se deben incluir en las sesiones son:

- Fisiología de la reproducción: ciclo menstrual y ovulación.
- Hábitos dietéticos y actividad física. Suplementos farmacológicos.
- Prevención factores de riesgo: hábitos tóxicos, vacunación e infecciones.
- Consulta telefónica para resolución de dudas.

Basándose en estas necesidades se han organizado y estructurado las sesiones de las que consta este proyecto. Si el profesional sanitario que decide implantar el *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* en su Centro de Salud encuentra otras necesidades formativas, podrá añadir alguna sesión para conseguir los mejores resultados posibles en la planificación del embarazo de todos los participantes.

Tabla 3. Cronograma: duración de las sesiones y metodología.

| Sesión | Actividad | Duración | Metodología |
|-----------|---|------------|------------------|
| 1ª sesión | Entrevista, exploración y evaluación del riesgo | 30 minutos | Entrevista |
| 2ª sesión | Presentación | 15 minutos | Dinámica |
| | Cuestionario inicial | 5 minutos | Cuestionario |
| 3ª sesión | Ciclo ovulatorio | 25 minutos | Visualización |
| | Hábitos y suplementos | 30 minutos | Discusión grupal |
| 4ª sesión | Resolución dudas | 15 minutos | Coloquio |
| | Vacunación y riesgos de infección | 30 minutos | Charla |
| 5ª sesión | Resolución dudas | 15 minutos | Coloquio |
| | Control | 20 minutos | Entrevista |
| | Evaluación del programa | 5 minutos | Evaluación |
| | Cuestionario final | 5 minutos | Cuestionario |



Desarrollo de las sesiones

A lo largo de las sesiones propuestas se realizarán una serie de intervenciones en las que se aconseje y se asesore a las parejas para conseguir los objetivos del programa. Las recomendaciones formuladas son las que propone la SEGO, contrastadas con la nueva evidencia científica⁶.

- CAPTACIÓN.

Se realizará durante cualquier contacto del personal sanitario con mujeres en edad reproductiva. Generalmente, a primera demanda tiene lugar en la consulta con su médico de familia, aunque muy pocas mujeres solicitan información sobre la planificación familiar antes de la concepción¹¹.

Como manera complementaria de captación se distribuirán carteles en el entorno sanitario donde se explique brevemente el programa y se indique cómo se puede acceder a este.

Otro modo de difusión es incluir información sobre el mismo en las páginas web del Centro de Salud y en el portal de salud de la comunidad autónoma dónde se lleve a cabo.

En el momento de la captación se explicará que existe un programa de Atención Preconcepcional cuyo objetivo es ayudar a todas las mujeres que desean un embarazo a conseguir un estado de salud óptimo antes de la concepción. Si quiere participar en el programa se concierta una cita con la matrona para comenzar con la primera sesión, la entrevista preconcepcional.

El médico solicitará una analítica de sangre ya que la SEGO recomienda que a todas las mujeres se les realice determinación de hemoglobina y hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, glucemia, proteinuria y serología (rubéola, VIH y sífilis)^{6,12}. De esta forma en la primera sesión ya se conocerán algunos parámetros permitiendo a los profesionales sanitarios actuar sobre ellos de forma temprana.



Se recomienda ampliar la analítica y solicitar algunos perfiles más en el caso de que la mujer padezca alguna enfermedad crónica, de forma que se realice un control de la patología base antes del embarazo. Si precisa, se derivará tan pronto como sea posible a un especialista que aconseje a la mujer sobre el embarazo y regule la medicación.

- **PRIMERA SESIÓN: ENTREVISTA, EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

Se llevará a cabo la evaluación del riesgo preconcepcional a través de una entrevista^{6,7}. La duración máxima será de 30 minutos, tiempo recomendado para las consultas de Atención Preconcepcional¹¹. Tendrá lugar en la consulta de la enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).

La primera sesión será solo con los participantes que se van a estudiar en ese momento. Ha de ser personalizada y enfocada a la mujer y a su pareja¹⁸. Se comenzará con un examen físico de la mujer a través de una exploración general y ginecológica (genital, mediante la realización de una citología, y mamaria).

Un factor importante para tener en cuenta es la edad de ambos miembros de la pareja, pero especialmente la de la futura madre¹⁵. Entre los antecedentes que deben conocerse se encuentran aquellos familiares, médicos y reproductivos, así como sus hábitos dietéticos y tóxicos¹⁹.

Las recomendaciones para mujeres con enfermedades crónicas se basan en la información sobre la posible repercusión en la evolución de su enfermedad y en los resultados perinatales.

En algunos casos de mujeres con diabetes, epilepsia, hipotiroidismo u otras enfermedades crónicas, al principio del embarazo puede ser necesario reevaluar el tratamiento habitual por el médico que atiende el proceso⁶.



Tabla 4. Recomendaciones para las mujeres con enfermedades crónicas.

| | |
|--|--|
| IMC ≥ 25 kg/m² | Se indica el cribado para detectar la prediabetes y la diabetes tipo 2. |
| Diabetes | Se propone optimizar el control glucémico. Hemoglobina glicosilada <6'5%. |
| Hipertensión arterial | Revisar la medicación antihipertensiva por si fuera conveniente su modificación. |
| Epilepsia | Se sugiere revisar la medicación por si fuera conveniente modificarla o suspenderla. Iniciar la suplementación con ácido fólico (5 mg/día) al menos un mes antes de la concepción y mantenerla hasta las 12 semanas de gestación. |
| Enfermedad cardiovascular | Evaluar la cardiopatía e informar sobre la evolución de la enfermedad y los resultados perinatales. |
| Cáncer | Antes del tratamiento se debe asesorar sobre como preservar su función ovárica. |

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014.¹⁹

Tabla 5. Recomendaciones para las mujeres con antecedentes reproductivos.

| | |
|--|--|
| Antecedentes de parto pretérmino | Se deben evaluar y controlar las posibles causas de recurrencia antes del siguiente embarazo. |
| Antecedentes de abortos de repetición | Se recomienda realizar un estudio para identificar las posibles causas y valorar su tratamiento. |
| Antecedentes de muerte fetal intrauterina | Se indica completar el estudio de las posibles causas y modificar los posibles factores de riesgo. |
| Antecedentes de cesárea | Se aconseja esperar un mínimo de 18 meses. |

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014. ¹⁹

A aquellas parejas que ya hayan sido padres anteriormente, se les recomendará que al menos deben transcurrir veinticuatro meses entre embarazos, esto se conoce como periodo intergenésico y es fundamental para prevenir posibles complicaciones materno-fetales¹².



- **SEGUNDA SESIÓN: CICLO OVULATORIO.**

En total tendrá una duración de 45 minutos. Como es la primera sesión grupal, habrá un espacio al principio de la reunión para presentar a todos los participantes.

En la primera parte de la sesión se distribuirá un cuestionario (*ANEXO I*) a todos los participantes para cuya cumplimentación disponen de un máximo de cinco minutos. El test consta de preguntas relacionadas con los principales temas que se tratan en este programa, la finalidad es analizar las necesidades formativas de los participantes. En la última sesión se repetirá el mismo cuestionario a modo de evaluación para ver si hay un aumento en la información y si se han producido cambios en el comportamiento y los hábitos de los futuros padres.

Posteriormente, se reproducirá un video sobre el ciclo ovulatorio a través del cual se pretende que las parejas entiendan el periodo de ovulación y conozcan cuándo es el mejor momento para buscar el embarazo.

Por último, se finalizará la sesión con un coloquio en el que se planteen posibles dudas entre los asistentes.

- **TERCERA SESIÓN: HÁBITOS Y SUPLEMENTOS.**

Se realizará mediante una discusión grupal de 30 minutos, en la que las parejas expondrán cuáles son sus realidades, cómo viven el día a día y qué es lo que ellos consideran factores de riesgo.

De forma guiada y fomentando la participación de todos, se deberán promover algunas actividades mediante las cuales puedan conseguir un mejor estado de salud antes del embarazo y realizar cambios en sus estilos de vida¹⁸. Antes de terminar se dejará un tiempo para resolver dudas.

Esta sesión es una de las más importantes, ya que todos los participantes deben conocer que hasta que no existan unas condiciones óptimas para el embarazo, éste se ha de posponer y deben seguir utilizando métodos anticonceptivos.



Tabla 6. Recomendaciones de hábitos saludables y abandono del consumo de sustancias tóxicas.

| | |
|---|---|
| Nutrición | <p>Dieta equilibrada de nutrientes.</p> <p>Se recomienda el consumo de sal yodada, 2-3 g/día. No se recomienda hacer dietas hiposódicas en mujeres sanas.</p> <p>Si presenta un IMC ≥ 25 kg/m² o ≤ 18 kg/m² se ofrecerá información y consejo dietético.</p> <p>Recomendar la realización de actividad física moderada a todas las mujeres.</p> <p>Moderar el consumo de cafeína.</p> |
| Consumo de sustancias tóxicas | <p>Realizar una anamnesis detallada sobre el consumo de tabaco, alcohol, fármacos y otras sustancias psicoactivas. Proponer intervenciones de deshabituación y abandono del consumo, tanto para la mujer como para la pareja. Deben conocer cuáles son los efectos sobre la gestación y el feto.</p> |
| Intervenciones educativas y de promoción de la salud | <p>Se sugiere la realización de ejercicio físico de manera habitual.</p> |
| Sexualidad | <p>Fomentar una vida sexual saludable.</p> |

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014. ¹⁹

Tabla 7. Recomendaciones de suplementos farmacológicos.

| | |
|---------------------|--|
| Ácido fólico | <p>Dieta rica en folatos y suplementación diaria de ácido fólico desde al menos uno o dos meses previos a la concepción con el objetivo de evitar los defectos del tubo neural (DTN).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres con bajo riesgo de tener un feto con DTN: 0,4-0,8 mg/día. - Mujeres con alto riesgo de tener un feto con DTN: 4-5 mg/día. |
|---------------------|--|



| | |
|-------------------|---|
| Yodo | Recomendar el consumo de sal yodada y alimentos ricos en yodo. Se recomienda un consumo de yodo de 200 mcg/día. No abusar de suplementos farmacológicos con yoduro potásico. |
| Vitamina A | No se recomienda la suplementación farmacológica sistemática ya que con una dieta equilibrada el aporte es suficiente. |
| Vitamina D | Si recibe una exposición regular a la luz solar no requiere suplementos. |

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014. ¹⁹

Fabre E, Bartha JL, Gallo M, González de Agüero R, Haya FJ, Melchor JC. Nutrición en el embarazo. Documento de Consenso SEGO. 2008. Disponible en www.SEGO.com.²⁰

- **CUARTA SESIÓN: VACUNACIÓN Y RIESGOS DE INFECCIÓN.**

Se impartirá una pequeña charla con duración de 30 minutos en la que se expliquen las vacunas que deben administrarse antes de la concepción y los posibles riesgos de infección durante el embarazo. Posteriormente, se resolverán dudas de forma personalizada.

Se comentará con cada pareja los resultados del cribado de las infecciones de las que se ha hablado previamente en la charla. Se estudiará la serología obtenida en el análisis de sangre que se solicitó en el momento de la captación.

En el caso de que tras la obtención de los resultados de dichos análisis se hubiera detectado que la mujer no estaba correctamente inmunizada, se le habría informado para proceder a la vacunación.



Tabla 8. Recomendaciones de vacunación antes del embarazo frente riesgos infecciosos.

| | |
|--|--|
| No inmunizadas frente a la hepatitis B | Está indicada la vacunación antes del embarazo. |
| Alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) | Cribado de hepatitis C. Informar sobre los riesgos de transmisión vertical. |
| No inmunizadas frente a la rubeola | Vacunación previa al embarazo con la vacuna triple vírica. Tomar precauciones para evitar el embarazo durante los 28 días siguientes a la vacunación. |
| Toxoplasma gondii | Recomendar medidas adecuadas para evitar la infección durante el embarazo. |

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014.

- QUINTA SESIÓN: CONTROL Y EVALUACIÓN.

La última sesión es individualizada y tiene una duración de 30 minutos. Se citará a la mujer y a su pareja en la séptima semana desde la captación. Se realiza más espaciada en el tiempo para ver la evolución de las parejas y hacer un control sobre su nuevo estilo de vida.

Se volverá a realizar el cuestionario (ANEXO I) del inicio para comparar los resultados y comprobar si han aumentado su información sobre el embarazo y si han cambiado sus hábitos por unos más saludables. Además, tendrán que cumplimentar una encuesta de satisfacción (ANEXO II).

- CONSULTA TELEFÓNICA.

Es una forma rápida para que las parejas puedan ponerse en contacto con la matrona y resolver las posibles dudas que les vayan surgiendo hasta el momento



de la concepción. Se realizará en el horario de trabajo de la matrona, que será conocido por todos los participantes del programa.

Gracias a esta herramienta se puede ayudar y asesorar a los futuros padres. Además, sirve para disminuir el estrés y la ansiedad que les pueda causar una situación a la que no se han enfrentado anteriormente, como es la planificación del embarazo¹⁶.

4.6. DESVIACIONES Y FORMA PREVISTA DE ACTUACIÓN

Se plantean dos principales desviaciones, la primera es que haya pocos participantes en el programa, en este caso se ampliará el periodo de captación y se colocarán los carteles en lugares visibles para llamar la atención de las parejas susceptibles de participar.

Si no se pudiera poner en marcha el programa por falta de participantes, se ofrecerá igualmente consejo preconcepcional a todas las parejas con deseo genésico en la primera demanda o toma de contacto de los futuros padres con los servicios de atención sanitaria.

La segunda desviación es que hubiera demasiados participantes, en ese supuesto se harían dos grupos y se continuaría con el desarrollo del programa.

4.7. MATERIAL UTILIZADO

Recursos personales

La puesta en marcha del programa requiere un abordaje multidisciplinar de cada mujer participante y su pareja.

- Enfermera de Atención Primaria o Enfermera Especialista en Atención Familiar y Comunitaria.
- Enfermera Especialista en Obstétrico-Ginecología.
- Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.



Recursos materiales

Tabla 9. Recursos materiales.

| | | |
|---|--|---|
| Material general para todas las sesiones | - Ordenador | - Mesas |
| | - Conexión a internet | - Sillas |
| | - Programa informático que se use en Atención Primaria | - Sala amplia |
| | - Bolígrafos | - Cañón de proyección |
| | - Folios | - Altavoces |
| | | - Pantalla para proyectar |
| Material específico para cada sesión | Captación | - Carteles - Folletos |
| | 1ª sesión | - Tensiómetro - Báscula - Tallímetro |
| | 2ª sesión | - Copias impresas del ANEXO I - Video |
| | 3ª sesión | - Presentación |
| | 4ª sesión | - Presentación |
| | 5ª sesión | - Copias impresas del ANEXO I - Copias impresas del ANEXO II |
| | Consulta telefónica | - Teléfono del centro asociado a la extensión de la consulta de la matrona. |

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Para la participación en el *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* se requiere el consentimiento informado de forma verbal de la mujer y su pareja, en el cual expresen su voluntad de participación.



5. RESULTADOS

5.1. EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA

Tabla 10. Cronograma: organización semanal.

| Sesión | Semana |
|------------------------------|-------------------------------|
| Preparación de profesionales | Julio y agosto |
| Captación de las parejas | Semana 1: 2-8 de septiembre |
| 1ª sesión | Semana 2: 9-15 de septiembre |
| 2ª sesión | Semana 3: 16-22 de septiembre |
| 3ª sesión | Semana 4: 23-29 de septiembre |
| 4ª sesión | Semana 4: 23-29 de septiembre |
| 5ª sesión | Semana 7: 14-20 de octubre |

Todas las guías y protocolos consultados coinciden en las recomendaciones que deben darse a las mujeres que desean quedarse embarazadas. Se debe promover la consecución de un estado de salud óptimo para evitar todas aquellas complicaciones durante la gestación asociadas a los factores de riesgo.

En la segunda sesión se obtiene información sobre el estilo de vida de las parejas a través del cuestionario (*ANEXO I*) que permite identificar precozmente algunos comportamientos de riesgo que pueden condicionar el embarazo.

Las principales recomendaciones se relacionan con el cuidado del cuerpo de la mujer, lo cual se consigue mediante una dieta variada y la realización de ejercicio físico, preferiblemente aeróbico, puesto que fortalece la musculatura y mejora el retorno venoso¹².

Gran parte de la literatura consultada recalca la importancia de la suplementación farmacológica de ácido fólico. Se debe comenzar a tomar al menos un mes antes de la concepción. La mayoría de las mujeres que no planifican su embarazo lo toman cuando se ha confirmado la gestación¹⁵. Por lo tanto, todos los embarazos no buscados, se consideran no planificados, lo que no da a la futura madre la oportunidad de conseguir el estado de salud deseado antes del embarazo. Éste es uno de los motivos que reitera la importancia de la



planificación familiar y la educación sanitaria. Sin embargo, en cuanto a las vitaminas, no existe suficiente evidencia disponible para recomendar su suplementación, ya que se considera que es suficiente con una dieta variada¹².

Los principales factores de riesgo y los más frecuentes en las mujeres que desean un embarazo son el consumo de tabaco y alcohol. Es importante ofrecer consejo antitabaco, ya que las tasas de infertilidad en las personas que fuman son significativamente mayores que en las de las no fumadoras. Se relaciona con un empeoramiento de la maduración de los óvulos, así como con una disminución de la calidad, cantidad y motilidad de los espermatozoides¹⁵. En cuanto al alcohol, se desaconseja su consumo antes, durante y en el periodo de lactancia ya que puede tener serias repercusiones en el curso del embarazo y en el propio feto¹².

No se deben pasar por alto los antecedentes médicos de la futura gestante. Aproximadamente entre un 15 y un 20% de las mujeres que se quedan embarazadas presentan enfermedades crónicas¹². Es imprescindible que estas mujeres acudan a su médico para revisar la medicación que están tomando y que tengan totalmente controlada su enfermedad antes de la concepción.

No se puede prescindir de una sesión que incluya contenido relativo a las vacunas de la embarazada y los riesgos infecciosos, dado que todas las mujeres deben conocerlos y ser cuidadosas con esto. Algunas vacunas se administrarán antes del embarazo y otras durante éste¹⁵.

En la séptima semana se realiza una consulta de control, cuya finalidad es comprobar los cambios que han ido realizando las parejas en sus estilos de vida.

El acompañamiento de la enfermera desde la primera sesión es muy importante ya que existen numerosas presiones sociales y familiares, así como las que se crean dentro de la misma pareja. La enfermera puede ayudar a controlar dichas presiones e incluso ofrecer herramientas para disminuir el estrés y la ansiedad¹⁵. Por eso se ofrece la consulta telefónica, que es una herramienta accesible y con numerosas ventajas.



5.2. EVALUACIÓN

- Diagnóstico de la situación

Se evaluarán las necesidades formativas a través del cuestionario (*ANEXO I*) que rellenen los participantes en la segunda sesión.

- Evaluación continua de las intervenciones

Se realizará mediante la observación y recogiendo los datos en un documento (*ANEXO III*). Lo rellenará la enfermera que se encargue de dirigir las sesiones al acabar cada una de éstas.

- Evaluación final

Se utilizará nuevamente el cuestionario del *ANEXO I*. Los participantes deberán cumplimentarlo rellenando todos los apartados. Gracias a la realización de un pretest y postest se podrán evaluar los conocimientos adquiridos por los futuros padres.

- Encuesta de satisfacción

Con el objetivo de mejorar el *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional* se recogerán las opiniones de los participantes en la última sesión utilizando el *ANEXO II*.



6. DISCUSIÓN

Actualmente es imprescindible la planificación del embarazo porque la población se encuentra sometida a numerosos factores de riesgo. Tanto la OMS como la SEGO consideran necesaria la Atención Preconcepcional y recogen cuales son los mínimos sobre los que se debe actuar, pero aun así hay pocos estudios a nivel mundial sobre la implantación de dicha consulta^{6,16}.

En ciertos países de Latinoamérica, como Colombia y República Argentina, se han desarrollado unos programas de salud muy completos que incluyen actuaciones de prevención y promoción de la salud previas a la concepción^{12,13,15}.

En algunas localidades de España, como Toledo o Plasencia, existen protocolos de Atención Preconcepcional, pero no están actualizados y son poco específicos, pues no desarrollan en profundidad qué se debe realizar en cada encuentro con la pareja y cuáles son las intervenciones más adecuadas para educar a los futuros padres en cuanto a la prevención de riesgos y llevar una vida más saludable^{8,21}.

Todas las recomendaciones higiénico-dietéticas están orientadas a conseguir el mejor estado de salud posible antes de la concepción y mantener un estilo de vida saludable durante el embarazo para que éste se desarrolle de una forma favorable^{4,8,18}. Las fuentes consultadas coinciden en la importancia de la suplementación temprana de ácido fólico^{6-8,10,18}. Algunas igualmente recomiendan el consumo de sal yodada y obtener un correcto aporte de vitaminas con la dieta^{6,8}.

En cuanto a los hábitos tóxicos, es importante que tanto la futura gestante como su pareja conozcan las consecuencias del consumo del alcohol, el tabaco y otras sustancias. Se recomienda siempre su abandono¹⁸.

Sobre el control de las enfermedades crónicas de la mujer, todos los artículos y guías están de acuerdo en que deben controlarse y revisar sus tratamientos^{8,18}.



6.1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Limitaciones

- La captación de las parejas, ya que se debe empezar con el programa al menos un mes antes de la concepción para así garantizar los aportes necesarios de ácido fólico.
- El tiempo disponible para la realización de este Trabajo de Fin de Grado (de febrero a junio de 2019) no ha permitido su implementación en un Centro de Salud como hubiera sido deseable.

Fortalezas

- Aumenta el número de embarazos planificados.
- Incrementa la cifra de mujeres que toman ácido fólico al menos un mes antes del embarazo.
- Mejora el estilo de vida de los futuros padres.
- Disminuye la ansiedad y el estrés durante el periodo preconcepcional.
- Permite la detección precoz de parejas con problemas de fertilidad y su derivación temprana a Atención Especializada para la realización de estudios más completos.

6.2. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que desde los equipos de Atención Primaria se realizan numerosas actividades de promoción y prevención de la salud hacia las mujeres gestantes, con frecuencia son escasas las actividades encaminadas a prevenir los riesgos preconceptionales.

Resulta imprescindible realizar una formación continuada de los profesionales en todo lo relacionado con el estado de la mujer antes de la gestación, así como ofrecer recursos actualizados para atender la demanda de las mujeres y sus parejas con deseo gestacional.



Debido a las escasas actividades preventivas preconceptionales, se debería incluir la Atención Preconcepcional en las carteras de servicios en el apartado de atención a la mujer y hasta que se pueda disponer de esto, diseñar e implantar programas de salud más completos para Atención Primaria.

Existe poca bibliografía sobre la existencia de programas de Atención Preconcepcional, por lo que se plantea un amplio campo de estudio.

Otra línea de investigación se relaciona con una de las grandes utilidades de este programa, que es la detección precoz de parejas con problemas de fertilidad. Gracias a la consulta preconcepcional pueden ser diagnosticadas y derivadas precozmente a Atención Especializada.

Como conclusión, la Consulta Preconcepcional es una actividad preventiva de mucho valor que debería integrarse en el sistema de salud y desarrollarse desde los centros de Atención Primaria.



7. CONCLUSIONES

Tras la elaboración del presente Trabajo de Fin de Grado se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Como se ha demostrado, una gran parte de los embarazos no están planificados, esto supone que la madre no goza del mejor estado de salud durante la gestación y en algunas ocasiones se encuentra expuesta a múltiples factores de riesgo, por eso es necesaria la implantación de la consulta preconcepcional, en la cual es muy importante y necesaria la participación de la enfermera.
2. Gracias a este programa se puede incrementar el número de parejas que planifican el embarazo, ofreciéndoles toda la información necesaria para que alcancen el mejor estado de salud antes de la concepción.
3. El principal objetivo de la Atención Preconcepcional es hacer de guía para los futuros padres y conseguir que realicen cambios en sus hábitos menos saludables.
4. Una de las ventajas que supone implantar dicha consulta es que las mujeres comiencen a tomar los suplementos farmacológicos de ácido fólico en el periodo recomendado.
5. A través de la educación para la salud, que es una herramienta muy útil, se consigue que las parejas que desean un embarazo sepan identificar y evitar las posibles situaciones de riesgo.
6. En aquellos casos en los que las futuras madres padezcan alguna patología crónica, se permite obtener un control total antes de la concepción y realizar las modificaciones pertinentes del tratamiento, así como un control exhaustivo por un médico especialista.
7. Se consigue que más mujeres estén correctamente vacunadas antes de la gestación, y además se les ofrece toda la información necesaria para prevención de infecciones durante su embarazo.
8. Por último, a través de la consulta telefónica se facilita la comunicación con los usuarios y se reducen las tasas de estrés y ansiedad asociadas al momento de la concepción.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto nacional de estadística. Indicadores de Natalidad. Resultados nacionales. Tasa Bruta de Natalidad [internet]. 2017. [citado 24 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1381>
2. Instituto nacional de estadística. Indicadores de Mortalidad Infantil. Resultados nacionales. Tasa de Mortalidad Perinatal según sexo. [internet]. 2017. [citado 24 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698>
3. ONU: Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948.
4. Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam. 2001. vol.11 (4).
5. 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.
6. Control prenatal del embarazo normal: Protocolo actualizado en julio de 2010. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2010.
7. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. 2006. p. 1061-1067.
8. Roviralta Puentea C, Rodríguez Valiente S, Valdez González J, Lorenzo Valdez AG, Reynoso Heinsen WJ, López de Castro F. La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). REV CLÍN MED FAM 2013; 6 (1): 10-16.
9. Czeisel AE. Ten years of experience in preconceptional care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999; 84: 43-9.
10. Sánchez Ruiz JC, González López E, Aparicio Tijeras C, Ezquerro Gadea J. Consulta preconcepcional en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2005; Vol. 31 (9).
11. 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.
12. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. República Argentina. 2013. p. 14-25.
13. Iván Ortiz E, Adolfo Vásquez G, Cecilia Arturo M, Patricia Medina V. Protocolo de atención preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Bogotá D.C. 2014.
14. 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. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2014; 57(7): 285-290.



15. Provenzano Castro B y Otero ME. Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. República Argentina. 2015. p. 74.
16. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on group antenatal care. The WHO Reproductive Health Library. Ginebra. 2016.
17. Fábregues Gasol F, Peñarrubia Alonso J. Estudio y tratamiento de las pérdidas gestacionales recurrentes (2017). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona. 2017.
18. Ibáñez LP, Fabre E. Consulta preconcepcional. En: Bajo Arenas JM, Melchor JC, Mercé LT (eds). Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO, 2007.p.217-25.
19. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2014.
20. Fabre E, Bartha JL, Gallo M, González de Agüero R, Haya FJ, Melchor JC. Nutrición en el embarazo. Documento de Consenso SEGO. [internet] 2008 [citado 24 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: www.SEGO.com.
21. Protocolo de atención: consulta preconcepcional, embarazo y puerperio. [Internet]. Plasencia: Gerencia del Área de Salud de Plasencia; 2003 [citado 24 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711005.pdf>
22. Alcohol ¿Cuánto es mucho? [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2016 [citado 24 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/consumo/docs/Alcohol.pdf>



9. ANEXOS

9.1. ANEXO I. CUESTIONARIO

| |
|---|
| INFORMACIÓN PERSONAL NOMBRE _____ EDAD _____ |
| ANTECEDENTES MÉDICOS <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/> Epilepsia Otros: _____ |
| ANTECEDENTES FAMILIARES _____ |
| ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS _____ |
| EL CICLO OVULATORIO ¿Qué es la ovulación? _____ ¿Cuánto dura un ciclo menstrual normal? _____ ¿Cuál es el mejor momento del ciclo para quedarse embarazada? _____ ¿Cómo es tu ciclo menstrual? Cada _____ días. El sangrado dura _____ días. |
| HÁBITOS SALUDABLES Horas de actividad física diaria: <input type="checkbox"/> Menos de ½ hora <input type="checkbox"/> ½ hora <input type="checkbox"/> Más de 1 hora Tipo de actividad física: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Gimnasio Tipo de Dieta: _____ ¿Cuántas comidas haces al día? <input type="checkbox"/> Menos de 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Más de 5 |
| SUPLEMENTOS FARMACOLÓGICOS ¿Has comenzado a tomar ácido fólico? _____ |



HÁBITOS TÓXICOS

¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- De dos a cuatro veces al mes
- De dos a cuatro veces a la semana
- Cuatro o más veces a la semana

La cantidad de alcohol se mide en UBE (Unidad de Bebida Estándar)²². 1 UBE equivale a tomar una caña, copa de vino, copa de cava, chupito, carajillo y 2 UBE a un cubata o whisky.

- 0 UBE
- Menos de 2 UBE/día
- Más de 2 UBE/día
- Menos de 14 UBE/semana
- Más de 14 UBE/semana

¿Conoces los efectos que puede tener el alcohol sobre el embarazo? ¿Cuáles son?

¿Eres fumador?

- Si
- No
- Exfumador

Nº cigarrillos/día

- 0
- Menos de 5
- 5-10
- 10-20
- Más de 20

¿Conoces los efectos que puede tener el tabaco sobre el embarazo? ¿Cuáles son?

¿ESTOY VACUNADA?

¿Para qué sirve la vacunación?

¿Considero importante estar vacunada?



CUESTIONARIO MODIFICADO PARA EL ACOMPAÑANTE.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE _____ EDAD _____

EL CICLO OVULATORIO

¿Qué es la ovulación?

¿Cuánto dura un ciclo menstrual normal?

¿Cuál es el mejor momento del ciclo para quedarse embarazada?

HÁBITOS SALUDABLES

Horas de actividad física diaria:

- Menos de ½ hora ½ hora Más de 1 hora

Tipo de actividad física:

- Ninguna Caminar Correr Gimnasio

Tipo de Dieta: _____

¿Cuántas comidas haces al día?

- Menos de 5 5 Más de 5

HÁBITOS TÓXICOS

¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- Nunca
 Una o menos veces al mes
 De dos a cuatro veces al mes
 De dos a cuatro veces a la semana
 Cuatro o más veces a la semana

La cantidad de alcohol se mide en UBE (unidad de bebida estándar)²². 1 UBE equivale a una caña, copa de vino, copa de cava, chupito, carajillo y 2 UBE a un cubata o whisky.

- 0 UBE Menos de 4 UBE/día Más de 4 UBE/día
 Menos de 28 UBE/semana Más de 28 UBE/semana

¿Conoces los efectos que puede tener el alcohol sobre el embarazo? ¿Cuáles son? _____



¿Eres fumador?

Si No Exfumador

Nº cigarrillos/día

0 Menos de 5 5-10 10-20 Más de 20

¿Conoces los efectos que puede tener el tabaco sobre el embarazo? ¿Cuáles son? _____

VACUNACIÓN

¿Para qué sirve la vacunación? ¿Es importante?



9.2. ANEXO II. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

¿Crees que es importante participar en el *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional*?

Si No ¿Por qué? _____

Del 1 al 10, siendo 1 la nota más baja y 10 la más alta, ¿Cómo evaluarías el *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional*?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Recomendarías a otras parejas que participasen?

Si No ¿Por qué? _____

¿Piensas que las sesiones son útiles?

Si No ¿Por qué? _____

¿Has aprendido cosas nuevas que consideras importantes para el embarazo?

Si No ¿Por qué? _____

¿Consideras que la distribución de las sesiones y el horario son adecuados?

Si No ¿Por qué? _____

¿Qué cosas mejorarías del *Programa de Educación Para la Salud de Atención Preconcepcional*?

¿Crees que los profesionales que han impartido las sesiones están suficientemente formados?

Si No _____

¿Las instalaciones eran adecuadas?

Si No ¿Por qué? _____



9.3. ANEXO III. DOCUMENTO PARA LA EVALUACIÓN CONTINUA.

| ÍTEMS PARA EVALUAR EN LAS SESIONES GRUPALES | 2ª | 3ª | 4ª |
|---|--------|--------|--------|
| ¿Los participantes muestran interés por la actividad? | ✓ X | ✓ X | ✓ X |
| ¿Entienden y participan en las actividades propuestas? | ✓ X | ✓ X | ✓ X |
| ¿Han realizado cambios en su vida diaria para conseguir un mejor estado de salud? | ✓ X | ✓ X | ✓ X |
| ¿Están motivados para conseguir cambios en su estilo de vida? | ✓ X | ✓ X | ✓ X |

OBSERVACIONES

| | |
|------------------|--|
| 2ª SESIÓN | |
| 3ª SESIÓN | |
| 4ª SESIÓN | |