

Asesoramiento y consulta preconcepcional

MARIELA L. LIBERATI

SERVICIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA
CÁTEDRA LIBRE DE SALUD DE LA MUJER (UNLP)

ALFREDO URANGA

ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN OBSTETRICIA Y MEDICINA PERINATAL (UNLP)
CÁTEDRA LIBRE DE LA SALUD DE LA MUJER (UNLP)

Resumen

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer, en especial para adolescentes.

Palabras clave

Control preconcepcional; asesoramiento; prevención.

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer, en especial para adolescentes.

El asesoramiento reproductivo debe realizarse en el marco de la consulta prenatal, ya que es donde debe efectuarse la evaluación de los posibles riesgos tanto para la futura madre como para su descendencia. Los equipos de atención primaria (AP) asumen en su práctica habitual las labores de promoción y prevención de la salud, con independencia del seguimiento del embarazo o no, queda al alcance de cualquier profesional de AP la atención a la mujer y en general a su familia antes de la concepción de un hijo.

La atención preconcepcional tiene como objetivo *promover la salud de la mujer y la de su futura descendencia* y forma parte de la asistencia prenatal. Se basa en la promoción de la salud, la evaluación del riesgo reproductivo y en las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades detectadas. Incorpora junto con la preocupación por los problemas médicos y psicosociales, un mayor interés en los esfuerzos preventivos.

La identificación de una mujer con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud, cuando planifica un embarazo, permite el tratamiento de la enfermedad, la utilización de acciones educativas para modificar sus comportamientos, proporcionar información para que la mujer tome decisiones en relación con su futuro embarazo de acuerdo con los riesgos identificados y en ocasiones recomendar que el embarazo sea evitado.

Consulta preconcepcional

Se puede dividir la consulta preconcepcional en varios componentes: evaluación del riesgo preconcepcional (detección y/o seguimiento de enfermedades crónicas, antecedentes reproductivos, exposición a riesgos ambientales), exploraciones complementarias y acciones educativas y promotoras de la salud.

Evaluación del riesgo preconcepcional

La evaluación del riesgo se debe realizar en todas las mujeres que acuden a la consulta preconcepcional. Los instrumentos básicos son la historia clínica (cuando la edad de la mujer sea superior a 35 años, debe ser informada del riesgo de anomalías cromosómicas en la descendencia y de las posibilidades de diagnóstico prenatal en el caso de comenzar un embarazo) y la exploración física.

En la mujer con una enfermedad crónica, el momento óptimo para iniciar la asistencia a un futuro embarazo es el período preconcepcional. Esto permitiría estudiar la enfermedad sin las limitaciones que impone el embarazo para realizar e interpretar las pruebas diagnósticas, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar la gestación y

seleccionar el momento más adecuado para la concepción, adoptar medidas para proteger al feto frente a la exposición a fármacos y otras acciones diagnósticas o terapéuticas durante el crítico período de las primeras semanas del desarrollo. Por último, permite ofrecer a la mujer información sobre los riesgos que supone el embarazo para la evolución de su enfermedad y la enfermedad sobre el resultado del embarazo,⁽¹⁾ permitiendo que tome decisiones sobre su futura reproducción.

A la hora de prescribir medicación a cualquier mujer en edad fértil, hay que tratarla como si estuviera embarazada, ya que podría estarlo sin saberlo.

Entre las enfermedades crónicas que se pueden beneficiar de la consulta preconcepcional están las siguientes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad intestinal inflamatoria, trastorno bipolar, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, nefropatías, enfermedades tiroideas, enfermedades tromboembólicas, infección por el virus de la hepatitis B, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis e infecciones de transmisión sexual.

En la consulta preconcepcional se debe obtener información sobre los antecedentes menstruales, obstétricos (incluyendo complicaciones en embarazos previos), uso de contraceptivos, conductas sexuales y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Una de las principales razones por las que las parejas acuden a la consulta preconcepcional es el antecedente de un mal resultado reproductivo, incluyendo abortos espontáneos, muertes perinatales, nacidos con defectos congénitos y nacidos con lesión residual. Se debe obtener información de los futuros padres, sobre el antecedente de enfermedades en los miembros de la familia, y se debe ofrecer consejo genético si ellos, su descendencia o parientes próximos han padecido anomalías

cromosómicas, defectos del tubo neural u otros defectos al nacer, retraso mental o fibrosis quística.

Asimismo, en la consulta preconcepcional se debe obtener la historia social e información sobre los hábitos y el estilo de vida de la mujer, para poder identificar comportamientos y exposiciones a factores de riesgo que puedan condicionar el momento óptimo para la concepción, e identificar situaciones potenciales de riesgo.

La exposición a medicamentos o productos químicos causa del 3 al 6 % de las anomalías en el embrión o feto. El tiempo de exposición determina el tipo e importancia de la anomalía. Algunos de los más comunes tóxicos ambientales son: pesticidas, gases (monóxido de carbono), radiaciones, plásticos, disolventes y metales como el mercurio. La mujer embarazada o que planifique una gestación debe evitar exposiciones prolongadas a los anteriores. A las mujeres que consuman drogas como la cocaína, heroína o marihuana se les ha de ofrecer ayuda para la deshabituación.

Exploraciones complementarias

Además de una exploración física básica se recomienda medición de peso, talla, índice de masa corporal (IMC), toma de tensión arterial (TA), anamnesis sobre vacunas recibidas y la realización de hemograma y bioquímica, grupo sanguíneo y Rh, serología de lúes, rubéola, toxoplasmosis, hepatitis B y C, VIH (con la consiguiente información y consentimiento).

El tubo neural es la estructura embrionaria que al desarrollarse se convierte en el cerebro y la médula espinal. Los defectos del tubo neural (DTN) se producen aproximadamente en un embarazo de cada mil. Las malformaciones por defectos del cierre del tubo neural son:⁽²⁾ anencefalia

(ausencia total o parcial del cerebro incluyendo la bóveda craneana y la piel que la recubre), encefalocele (herniación del cerebro y/o meninges a través de un defecto en el cráneo) y espina bífida.

No obstante, hay una gran evidencia acerca de la utilidad de la suplementación periconcepcional con folatos para la prevención de DTN. Una revisión sistemática ha establecido que la suplementación periconcepcional con folato tiene un efecto protector muy sólido para la prevención de los DTN (se redujo la incidencia RR: 0,28; IC 95 % 0,13-0,58).

La mayoría de las gestantes que ingieren ácido fólico (AF), durante el primer trimestre de embarazo es muy alta; sin embargo, muy pocas de esas mujeres inició ese aporte desde antes de estar embarazadas.

Los DTN se producen entre los días 15-28 del embarazo, cuando normalmente no se tiene conciencia de él. Se sugiere que las mujeres inicien la suplementación con AF al menos tres meses antes de quedarse embarazadas. Habría que indicarles, si tardasen mucho tiempo en quedarse embarazadas, que ingerir AF durante ese tiempo no es perjudicial para la salud, sino que además de prevenir los DTN puede ser beneficioso para la salud cardiovascular y posiblemente un factor preventivo para cierto tipo de neoplasias.

La suplementación con AF en mujeres que han tenido una o más gestaciones afectadas por un DTN, reduce el riesgo de recurrencia en un 72 %. El efecto protector del AF también ha quedado demostrado en mujeres de bajo riesgo sin DTN (los suplementos de 0,4-0,8 mg/día reducen el riesgo de DTN en un 40 %).

Se recomienda, por tanto, una profilaxis generalizada con AF, distinguiendo tres grupos:

- Mujeres sin antecedentes de DTN: 0,4 mg de AF/día.⁽³⁾ El tratamiento comenzará al menos tres meses antes de la concepción y se prolongará durante el primer trimestre del embarazo.
- Mujeres diabéticas insulino dependientes y epilépticas (tratadas con ácido valproico y/o carbamacepina): 0,8-5 mg/día. Dosis de 4 o más miligramos/día pueden precipitar convulsiones en mujeres con epilepsia y tratamiento anticonvulsionante. Estas mujeres deberán ser remitidas al neurólogo.
- Mujeres con embarazo previo con DTN: 4 mg/día (desde tres meses antes del embarazo y durante el primer trimestre).

Se recomienda que todas las mujeres en edad de tener hijos y que pudieran quedarse embarazadas, consuman 0,4 mg/día de AF de forma regular, siendo necesario evaluar programas de salud pública basados en enriquecer determinados alimentos (harinas, cereales) con AF. Esta actitud puede generar una falsa sensación de seguridad, y habría que tener en cuenta los diferentes patrones alimenticios, y el diferente acceso a esos alimentos enriquecidos con AF por parte de todas las capas sociales.

La mitad de los casos con defectos congénitos son prevenibles (TEN, 1986), lo cual lleva implícito que existe una responsabilidad moral cuando alguno se produce. Para cada niño nacido con un defecto, alguien debería ser responsable: un padre, un médico, un gobierno, una sociedad.

Decálogo de prevención

1. Aun sin saberlo cualquier mujer en edad fértil puede estar embarazada.
2. Lo ideal es completar la familia mientras aún se es joven.
3. Los controles prenatales son la mejor garantía para la salud del embarazo.
4. Es importante que toda mujer en edad fértil esté vacunada contra la rubéola.
5. Debe evitarse el consumo de medicamentos o reducirlos a los imprescindibles.
6. Las bebidas alcohólicas son dañinas durante el embarazo.
7. No fumar y evitar los ambientes en que se fuma.
8. Comer de todo y bien, introduciendo verduras y frutas.
9. Consultar si el tipo de trabajo habitual es perjudicial para el embarazo.
10. Ante cualquier duda consultar al equipo de salud.

Fuente: modificado de DUTRA y cols., 1996.⁽⁴⁾

Bibliografía

- (1) SÁNCHEZ RUIZ JC, GONZÁLEZ LÓPEZ E, APARICIO TIJERAS C, EZQUERRA GADEA J. Consulta preconcepcional en Atención Primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2005;31(9):413-417. <DOI:10.1016/S1138-3593(05)72960-9>
- (2) SCHWARCZ R, URANGA A, LOMUTO C. *Guía para la práctica del cuidado Preconcepcional*. Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva unidad coordinadora Ejecutora de Programas Maternos Infantiles y Nutricionales. Ministerio de Salud – Argentina; 2001.

- (3) FESCINA RH, DÍAZ ROSELLO JL, MARTÍNEZ G, SCHWARCZ R, MUCIO B, ABREU M, CAMACHO V. *Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. Montevideo: OMS: OPS. CLAP/SMR; 2008.
- (4) DUTRA MG, CASTILLA EE, LOPEZ CAMELO JS, PAZ JE, ORIOLI IM. *Prevención primaria de los defectos congénitos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

