

# MODELOS HABITUALES DE ATENCIÓN PRENATAL PARA EL EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Villar J., Khan-Neelofur D.

## Antecedentes

Los programas de atención prenatal tal como se llevan a cabo actualmente tienen su origen en los modelos desarrollados en Europa a principios del s. XX. Los estudios epidemiológicos y de observación tienden a demostrar que la atención prenatal implica una menor mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados del embarazo. Actualmente se desarrolla una amplia discusión acerca de “quién podría o debería proporcionar atención prenatal”. En muchos sitios se implantan programas guiados por una comadrona o atención prenatal compartida por agentes sanitarios que no sean un obstetra o un ginecólogo, aunque hay pocas pruebas de su efectividad clínica y de la percepción que tienen tanto las mujeres como quienes brindan la atención. Algunos informes sugirieron que es probable que la atención prenatal a cargo de comadronas otorgue beneficios, con posibilidades de mejorar los resultados del embarazo y de reducir en general la mortalidad perinatal. El asunto clave no es si hay más o menos atención, sino la implementación sólo de aquellas prácticas que se han probado efectivas. La frecuencia de la atención y el tipo de agente que la presta pueden planificarse en consecuencia (Villar, 1997; Bergsjö, 1997; Gülmezoglu, 1997; de Onis, 1998; Villar, 1998b).

## Objetivos

Los objetivos de la revisión son evaluar la efectividad clínica y la percepción de la atención de los programas de atención prenatal a las mujeres de bajo riesgo según todos los ensayos controlados aleatorizados acerca de este tema. Los dos componentes de la atención prenatal analizados y el objetivo primordial de esta revisión son:

- a) La frecuencia de las consultas para recibir atención prenatal; es decir, comparar un calendario reducido con otro estándar.
- b) El tipo de asistente sanitario; esto es, programas conducidos por obstetras o ginecólogos comparados con otros dirigidos por otros profesionales (comadrona o médico general) .

## Tipos de medida de resultado

Las medidas consideradas para esta revisión son los resultados clínicos, incluidos los maternos, fetales y neonatales. Además, en la revisión se consideraron un resultado importante las medidas de costo-efectividad y de percepción de la atención que tuvieron tanto las mujeres como quienes brindan la atención y que participan en los ensayos. Las medidas consideradas son:

- Parto prematuro (< 37 semanas).
- Preeclampsia.
- Cesárea.
- Bajo peso al nacer.
- Pequeño para la edad gestacional.
- Peso medio al nacer.
- Edad gestacional media al nacer.
- Mortalidad perinatal.
- Mortalidad materna.
- Costo-efectividad.
- Otras variables que demuestran la percepción que tienen las mujeres y los asistentes acerca de la atención.

## Estrategia de búsqueda

Investigamos el “Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo de Embarazo y Parto”, las listas de referencia de los documentos obtenidos y contactamos con los investigadores de este campo. Fecha de la última búsqueda: abril de 1999.

### Criterios de selección

Ensayos aleatorizados controlados que compararan los programas de atención prenatal con frecuencia y sincronización variable de las consultas y distintos tipos de asistentes sanitarios.

### Descripción de los estudios

Hubo seis ensayos que evaluaban el número de consultas, cuatro de ellos realizados en países desarrollados y dos, en Zimbabwe. Tres estudios, todos realizados en países desarrollados, evaluaban el tipo de asistente sanitario; uno de ellos se centraba sobre todo en la relación costo-efectividad (Giles, 1992).

### Recopilación y análisis de datos

Dos revisores extrajeron y evaluaron los datos de manera independiente de cada informe. Se realizaron consultas a los investigadores principales de los ensayos incluidos para obtener información adicional y se les entregó la versión final de esta revisión.

### Calidad metodológica de los estudios incluidos

Los autores seleccionaron una lista de criterios de una revisión metodológica reciente (Villar, 1996) y las recomendaciones del "Manual de The Cochrane Library" (Mulrow, 1997). Los criterios utilizados fueron:

- Encubrimiento de las asignaciones.
- Enmascaramiento en el análisis de los resultados.
- Cegamiento de los asistentes sanitarios.
- Contaminación en el grupo de control.
- Sesgo de desgaste.
- Cointervención.
- Desviación de los protocolos.

## «Las mujeres muestran una mayor satisfacción con la atención de las comadronas»

### Resultados principales

Se incluyeron nueve ensayos que reclutaron alrededor de 25.000 mujeres. Seis ensayos evaluaron el número de consultas, y tres evaluaron el tipo de asistente de salud. La mayoría de los ensayos tuvieron una calidad aceptable. La reducción moderada del número de consultas no se asoció con un aumento en ninguno de los resultados perinatales negativos revisados. Sin embargo, los ensayos de países desarrollados sugirieron que las mujeres pudieran estar menos satisfechas con la reducción del número de consultas y sentir que no cumplieron sus expectativas con respecto al cuidado de su embarazo. La atención antenatal ofrecida por la comadrona o el médico general se asoció con una mejor percepción con respecto a su atención por parte de la mujer. La efectividad clínica de la atención proporcionada por una comadrona o un médico general es similar a la de un obstetra o un ginecólogo.

### Conclusiones del revisor

La evidencia derivada de estos ensayos apoya el criterio de que, en los países desarrollados con servicios de obstetricia bien establecidos, las reducciones pequeñas del número de consultas prenatales (= 2 consultas o menos) son compatibles con buenos resultados perinatales. Sin embargo, cabe esperar que las mujeres puedan sentirse decepcionadas en algunos aspectos. El único ensayo realizado en un país en desarrollo en el que se logró una gran reducción de la cantidad de consultas también apoyó esta conclusión. Por consiguiente, es factible intentar proporcionar intervenciones efectivas durante el embarazo distribuidas en menor número de consultas que las que suelen recomendarse sin arriesgar el nivel de eficacia. Una atención de ese tipo puede estar a cargo de los diferentes miembros del personal especialista de los servicios de obstetricia o ginecología, aunque las mujeres han mostrado una mayor satisfacción con la atención de las comadronas o médicos generales.

Hasta tener disponibles más pruebas adicionales, la cantidad mínima de consultas que debe ofrecerse a las mujeres embarazadas de bajo riesgo parece ser de cuatro.

Esta revisión apareció publicada por primera vez en The Cochrane Library, nº 1, 2000. Oxford.