

ESTRATEGIAS PARA LOGRAR UNA MEJORIA EN LOS RESULTADOS DEL CONTROL PRENATAL

Dr. José M. Belizán

Centro Rosarino de Estudios Perinatales

Para lograr una mejoría en los resultados del control prenatal en nuestro país, considero oportuno hacer algunas consideraciones:

1) Aumento en la proporción de embarazadas en el sector público.

El actual plan económico de nuestro país ha llevado a un empobrecimiento de nuestra población. Ello repercute en las condiciones de salud, educación, nutrición y social de la población de las embarazadas. Estadísticas de la ciudad de Rosario muestran por ejemplo que en el año 1989 el 55% de los partos se atendían en el sector público y esta proporción se eleva a 66% en el año 1993 (Tabla 1). Al observar estos datos se esgrimía la explicación que este cambio era solamente debido a una pérdida de la cobertura médica y por consecuente se observa en los hospitales públicos una población de mejor situación socioeconómica de la que habitualmente se veía sin implicar esto un sustancial deterioro de las condiciones de la población. Pero esta explicación es incorrecta; se puede apreciar que el aumento de población asistida por las maternidades públicas presenta características propias de poblaciones con un deterioro de su situación socioeconómica como madres adolescentes, multiparidad y madres solteras (Tabla 2).

En síntesis, existe un aumento de las mujeres embarazadas atendidas en el sector público, llegando en la ciudad de Rosario a representar el 66% de los partos. Todo proyecto que se contemple en

planificar el control prenatal tiene que tener en cuenta a qué población debe ser dirigido.

2) Características de las embarazadas según nivel de atención

Un hecho a tener en cuenta es que en nuestro país existen dos poblaciones y a través del nivel de atención podemos diferenciarlas claramente. El sector llamado privado atiende poblaciones y tiene resultados perinatales similares a los de países desarrollados. El sector público atiende poblaciones y tiene resultados perinatales similares a los de los países de peor desarrollo mundial. Hemos documentado esto en una serie de publicaciones.^(1,2) Como dijimos anteriormente el sector público representa el 66% de los partos y tiene el doble de mortalidad perinatal que las mujeres atendidas en el sector privado (Tabla 3). Debemos conocer muy bien estas poblaciones, sus factores de riesgo, el riesgo atribuible de estos factores para tender nuestras medidas de atención y de acciones sociales hacia los problemas prioritarios de las mismas. En una reciente revisión hemos documentado las enormes diferencias en los factores de riesgo entre los distintos niveles de atención.⁽³⁾ Lamentablemente muchas de las acciones de salud pública son influenciadas por necesidades generadas en países desarrollados y promovidas por los fabricantes de equipamientos. Por ello es muy frecuente ver en nuestro país mostrar como un gran logro la compra de un equipo de alto costo para nuestros hospitales, sin valorar el posible impacto de dicha acción. *Las acciones de salud deben ser dirigidas hacia nuestras prioridades, se debe estimar previamente el posible beneficio de las mismas y deben evaluarse luego de su aplicación.* Es bien conocido el hecho en nuestra especialidad del pobre beneficio del uso rutinario de aparatos caros como el monitor fetal y la ecografía.

3) Características del control prenatal en las maternidades públicas

Una característica del control prenatal en nuestros hospitales es que el mismo es pensado para la

Tabla 1. Partos en la ciudad de Rosario

Año	Total	Públicos	
		n	%
1989	17.942	10.004	55,7
1990	18.058	11.464	63,5
1991	17.948	11.960	66,6
1992	16.988	11.428	67,3
1993	15.326	10.150	66,2

Tabla 2

Ciudad de Rosario						
		1989	1990	1991	1992	Hosp.
Total de nacimientos		17.942	18.058	17.948	16.988	Privado
Partos en hospitales públicos	n %	10.004 55,7	11.464 63,5	11.960 66,6	11.428 67,3	
Madres < 20 años	%	25,7	24,8	25,4	26,8	1,2
Paridad 4 o más	%	21,2	21,4	23,8	23,0	4,1
Solteras	%	24,2	25,2	-	-	1,3

Tabla 3. Algunas características de las embarazadas según el nivel de asistencia

	Hospital		Odds Ratio
	Público %	Privado %	
Soltera	26,8	1,3	20,3
Primaria incompleta	32,3	0,2	195,7
Edad < 20 años	26,5	1,2	20,9
Menos de 3 controles	38,4	6,8	5,6
Pretérmino	17,5	4,4	4,0
Bajo peso al nacer	7,4	4,3	1,7
Mortinatos (%)	11,1	3,8	2,9
Mortalidad neonatal (%)	8,3	5,5	1,5
Mortalidad perinatal (%)	19,4	9,3	2,1

comodidad del médico y no contempla las necesidades de los usuarios. En un estudio que realizamos en el año 1975 mostramos las innumerables quejas de las usuarias relacionadas con esperas prolongadas, turnos limitados, horarios poco flexibles.⁽⁴⁾ En una rigurosa evaluación hecha por el Dr. Edgar Kestler (datos no publicados) en 3 maternidades grandes de América Latina observó que el tiempo promedio que gastan las embarazadas normales en las clínicas de control prenatal fluctúa entre 62 y 228 minutos; que de este tiempo sólo de 9 a 12 minutos están en la consulta médica; que la entrevista con el médico dura un promedio de 5 minutos y que no se realizan en forma sistemática acciones de explicación de los procedimientos, ni se involucra a las mujeres en estos procedimientos.

4) Necesidad de utilización de evaluaciones y acciones que tengan un beneficio científicamente probado

En el control prenatal se realizan una serie de evaluaciones y de acciones que se han propuesto basadas en asunciones empíricas. Muchas de ellas han sido evaluadas con rigurosidad científica y se ha probado que no producen ningún beneficio o que aún pueden involucrar un daño. Es por ello que debemos exigir que toda intervención o evaluación haya sido probada como eficiente antes de introducirla en la práctica. Como un ejemplo nuestro grupo ha terminado un extenso y riguroso estudio de apoyo psico-social con un gran componente de educación durante el embarazo y no se comprobó ningún beneficio biológico, ni tampoco cambios en las actitudes maternas.^(5,6) En nuestra especialidad existe una base de datos que registra todas las investigaciones clínicas aleatorizadas la cual es una fuente imprescindible para decidir la adopción de cualquier intervención en nuestra especialidad. Se trata de la Base Cochrane de Datos Perinatales. En la atenta lectura y evaluación de Bases se puede comprobar la gran cantidad de intervenciones que se siguen utilizando a pesar que no han probado beneficio o que han producido daño.

5) Intervenciones en el control prenatal y los resultados esperados de su aplicación

Nuestro centro en conjunto con la Organización Mundial de la Salud está haciendo una revisión de las intervenciones en el control prenatal que han mostrado algún beneficio y los resultados que se esperan de dicha intervenciones. Lo trabajado hasta la fecha es mostrado en la Tabla 4. En ella puede observarse la *intervención*, el *impacto* que se espera de la misma y cuál sería el *indicador* para evaluarla. Este tipo de diseño debe ser exigido ante toda conducta que se haga o se proponga.

Tomando como base esta tabla se iniciará en 1996 un proyecto multicéntrico coordinado por la OMS en el cual será probado un modelo alternativo de control prenatal comparándolo con el habitual. El esquema de control alternativo consta de un número reducido de controles aplicando en cada uno de ellos intervenciones de beneficio comprobado. El estudio será de aleatorización por unidades ("clusters") y participarán centros de Cuba, Tailandia, Arabia Saudita y Argentina.

Conclusiones

En la planificación del control prenatal debemos tener en cuenta que existen dos poblaciones distintas en nuestro país y las acciones deben ser enfocadas a las que muestran los peores resultados como

Tabla 4.

Intervención	Impacto			Indicador	
	Inmediato	Intermedio	Tardío	Proceso	Impacto (comparado con el grupo control)
Toxoide tetánico	Aumento de anticuerpos en la madre		Reducción del tétanos materno y neonatal	Dosis completas administradas	Tasa de casos neonatales; tasa de reducción de casos maternos
Test/tratamiento de sífilis	Tratamiento de sífilis materna	Reducción de sífilis congénita	Reducción de mortinatos y muertes neonatales por sífilis	% de mujeres tamizadas, % de tratamiento completos de aquellas (+)	Tasa de casos evitados de sífilis congénita
Tratamiento y profilaxis de la malaria	Reducción de morbilidad materna	Incremento de 2Hb, reducción de nuevos episodios	Reducción aborto espontáneo, incremento de peso al nacer; reducción de muerte neonatal; reducción de muerte materna	% mujeres que tomaron tabletas, % de mujeres con tratamiento completo	Tasa de mortalidad perinatal, tasa de muertes por malaria, tasa de retardo de crecimiento intrauterino
Suplementación con hierro y folatos	Aumento de Hb	Reducción de infecciones, disminución de fatalidad de casos por hemorragia, aumento de peso al nacer	Reducción de muertes por hemorragia y por bajo peso al nacer	% mujeres suplementadas, Hb a término	Tasa de muertes maternas debidas a sepsis o hemorragia, tasa de niños con bajo peso al nacer
Medición de presión arterial	Identificación precoz de la mujeres de alto riesgo de enfermedades hipertensivas del embarazo, diagnóstico precoz de hipertensión crónica	Reducción de eclampsia, preclampsia/enfermedades hipertensivas del embarazo	Reducción de muertes por eclampsia; reducción de bajo peso al nacer	% medida de presión arterial, % detección y tratamiento de enfermedades hipertensivas del embarazo; % admisión de emergencias por enfermedades hipertensivas del embarazo; % eclampsia	Tasa de mujeres con convulsiones; tasa de mortalidad perinatal, tasa de bajo peso al nacer
Educación de situaciones de riesgo	Más mujeres conscientes de condiciones de amenaza de vida	Aumento de demanda de atención, reducción de emergencias, disminución del hábito de fumar	Reducción de muertes y complicaciones en el embarazo	% partos por nivel de cuidado recomendado; % de las condiciones en la admisión	Tasa de mortalidad materna y perinatal, por causa
Referencia para el parto	Seguridad para la madre del cuidado correcto durante el parto	Aumento de partos hospitalarios a nivel terciario en mujeres de alto riesgo	Reducción de muertes perinatales	% partos de alto riesgo hospitalarios a nivel terciario; % partos de bajo riesgo en hospital general	Tasa de mortalidad materna y perinatal por causa (análisis del subgrupo de madres de alto riesgo)
Clasificación del nivel de riesgo, primera visita (incluyendo examen clínico)	Clasificación de mujeres para recibir cuidado en la clínica o en otro nivel	Atención de acuerdo a las necesidades de salud	Reducción de mortalidad materna y perinatal	% falsos positivos y falsos negativos del método de tamizaje	Reducción mortalidad perinatal específica según riesgo
Evaluación continua de riesgos (desarrollo de síntomas o signos)	Identificación de mujeres con necesidad de cuidados especiales	Derivación a un adecuado nivel de atención	Reducción de resultados negativos de embarazo en relación a estas condiciones	% mujeres derivadas, % mujeres admitidas en servicios de emergencia	Reducción de mortalidad perinatal en relación a estas condiciones

Tabla 4. (continuación)

Intervención	Impacto			Indicador	
	Inmediato	Intermedio	Tardío	Proceso	Impacto (comparado con el grupo control)
Peso materno (visitas de seguimiento)	Detección de patrones anormales de ganancia de peso; derivación a clínica de nutrición de mujeres de baja ganancia de peso/por debajo del peso	Mejora de estado nutricional materno; reducción de retardo de crecimiento intrauterino	Reducción del síndrome de depleción materna; sobrepeso materno	% mujeres con detección de patrones anormales de ganancia de peso	Tasa de reducción de retardo de crecimiento intrauterino, tasa de reducción de mujeres con muy bajo peso postparto
Medición de hemoglobina a todas las mujeres a las 30 semanas de embarazo	Detección de mujeres con necesidad de dosis de Fe más altas; detección de mujeres con hemoconcentración	Mejora del estado materno de nutrición/salud; incremento de circulación placentaria y reducción de retardo de crecimiento fetal	Mejora de estado nutricional materno; reducción de bajo peso al nacer/retardo de crecimiento intrauterino; reducción del riesgo de muerte materna relacionada con hemorragia	% mujeres de alto riesgo con niveles de muy bajos de hemoglobina detectadas; % mujeres con altas dosis de Fe	Tasa de hemorragia postparto; tasa de mujeres que necesitan transfusión de sangre; mortalidad materna intraparto/postparto
Preguntas a la madre sobre estado Rh; enfermedades hemolíticas neonatales (1ª visita)	Derivación al hospital	Tratamiento de anemia fetal Rh (-)	Reducción de muerte fetal	% mujeres derivadas	Reducción mortalidad fetal/neonatal
Prueba para Rhesus (30 semanas)	Prevención postparto		Reducción de enfermedades Rh (-)	% madre Rh (-) con gamma globulina postparto	
Detección de presentación de nalgas a término y versión externa	Reducción de parto de nalgas; reducción de cesárea por presentación de nalgas; reducción de tasa general de cesárea	Reducción de mortalidad perinatal por partos vaginales de nalgas no detectados	Reducción de necesidades de cesárea iterativa	% presentación de nalgas al comienzo del trabajo de parto	Tasa de cesárea por presentación de nalgas; tasa de mortalidad perinatal reducida relacionada con partos vaginales de nalgas
Medición de peso/talla materna (1ª visita)	Detección de madres por debajo del peso	Incremento de ganancia de peso durante el embarazo; mejora de crecimiento fetal	Reducción de riesgo por síndrome de depresión materna	% de madres detectadas por debajo del peso; % mujeres por debajo del peso derivadas a clínicas de nutrición	Tasa de bajo peso al nacer y retardo de crecimiento intrauterino; reducción de mortalidad perinatal
Síntomas clínicos de anemia severa	Selección de mujeres para detección de Hb antes de las 30 semanas	Inicio de dosis más altas de Fe a mujeres con valores bajos de Fe	Reducción de riesgo de anemia severa durante el embarazo	% mujeres con dosis altas de Fe; % mujeres anémicas detectadas por valores de Hb < de 30 sem.	Tasa de mujeres anémicas preparto y postparto
Medición de hemoglobina en mujeres de alto riesgo de anemia (1ª visita)	Detección de mujeres para dosis más altas de Fe; confirmación de diagnóstico clínico	Mejora de estado materno de salud/morbilidad; mejora de oxigenación fetal	Mejora de estado nutrición materna; reducción de bajo peso al nacer/retardo de crecimiento intrauterino; reducción del riesgo de muerte materna relacionada con hemorragia	% mujeres de alto riesgo detectadas con muy baja hemoglobina; % mujeres con alta dosis de Fe	Tasa de hemorragia postparto y de mujeres que necesitan transfusión de sangre

Tabla 4. (continuación)

Intervención	Impacto			Indicador	
	Inmediato	Intermedio	Tardío	Proceso	Impacto (comparado con el grupo control)
Análisis de orina para detectar proteína en 1ª visita y visitas subsiguientes	Identificación de mujeres preclámpticas; derivación al hospital; identificación de mujeres con enfermedad renal	Reducción de incidencia de preclampsia severa	Prevención de eclampsia, retardo de crecimiento intrauterino, mortalidad materna	Ingreso al hospital por preclampsia severa; derivación de casos vs ingreso de emergencia	Tasa de preclampsia severa/eclampsia; mortalidad y morbilidad perinatal
Prueba de embarazo (1º trimestre, sin evidencia clínica de embarazo)	Seguridad de embarazo; información para posible aborto		Reducción de embarazos no deseados		
Evaluación de tamaño uterino	Identificación de fetos con retardo de crecimiento intrauterino; embarazos múltiples	Derivación a clínica de alto riesgo; parto oportuno de retardo de crecimiento intrauterino	Prevención de complicaciones de retardo de crecimiento intrauterino en período neonatal y postnatal	Derivación de retardo de crecimiento intrauterino para cesárea electiva/inducción	Tasa de muerte fetal, retardo de crecimiento intrauterino en unidad de cuidados intensivos neonatales; cesárea de emergencia en retardo de crecimiento intrauterino por sufrimiento fetal

es la población de bajos recursos. Debemos tener en cuenta que los factores predominantemente asociados con mal desenlace del embarazo son distintos en los diferentes niveles socioeconómicos. Por ello debemos conocerlos y aplicar las medidas de acuerdo a las prioridades. Además *es un requisito indispensable que todo método de evaluación o toda intervención haya demostrado ser beneficiosa antes de ser aplicada*. La utilización de intervenciones no comprobadas puede generar una gran pérdida de tiempo, expectativas, dinero y hasta vidas.

Referencias

1. Belizán JM, Lede R, Campodónico L, Alarcón M. Inequalities in maternal health: A pattern in developing countries. In: Maternal health care in an international perspective. Jerker Lilgestrand and W George Povey, editors. Uppsala University press, Uppsala, Sweden, 1992, p 189-201.
2. Belizán JM, Lede R, Alarcón M, Campodónico L. Información perinatal para el reconocimiento de prioridades de acción. Desigualdades en el proceso reproductivo. UNICEF Argentina. Documento de Trabajo Nro. 11, pp 46, 1991.
3. Belizán JM. Maternal risk factors affecting newborns. In Global Priorities in Newborn Health, IPA/WHO/Workshop, 3-4 September 1992, Río de Janeiro, Brasil.
4. Belizán JM, Villar J, Belizán MS, Garrote N. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1979; 86: 121-130.
5. Villar J, Farnot U, Barros F, Victoria C, Langer A, Belizán JM. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. N Engl J Med, 1992; 327: 1266-1271.
6. Belizán JM, Barros F, Langer A, Farnot U, Victoria C, Villar J. Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 894-9.