

INVESTIGACIÓN CLÍNICA ALEATORIZADA DE CONTROL PRENATAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA EVALUACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE CONTROL PRENATAL

Villar J, Ba'aqell H, Piaggio H, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, Al-Mazrou Y, Carroli G, Pinol A, Donner A, Langer A, Nigenda G, Mugford M, Fox-Rushby J, Hutton G, Bergsjö, Bakketeig L, Berendes H,

por el Grupo de Investigación de Control Prenatal de la OMS.

Traducción al español del resumen del artículo publicado en la revista *Lancet* 2001; 357: 1551-1564

Antecedentes

Se llevó a cabo un estudio controlado aleatorizado multicéntrico que comparó el **modelo estándar** de control prenatal con un **nuevo modelo** que enfatiza acciones conocidas como efectivas para mejorar los resultados maternos y neonatales y que involucró un menor número de visitas.

Métodos

Hospitales en Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia fueron asignados en forma aleatoria a otorgar el nuevo modelo (27 hospitales) o el modelo estándar usado habitualmente (26 hospitales). Se reclutaron todas las mujeres que concurrían a estos hospitales para su control prenatal durante un período de 18 meses. Las mujeres reclutadas en los hospitales donde se ofrecía el nuevo modelo fueron clasificadas según historia obstétrica y condiciones clínicas. Aquellas mujeres que no requerían un control o tratamiento específicos se les ofreció el componente básico del nuevo modelo, y aquellas que eran de mayor riesgo recibían el cuidado usual para estas situaciones; sin embargo, todas fueron incluidas en el grupo del nuevo modelo para el análisis, que fue según intención de tratar. Los **resultados primarios** fueron bajo peso al nacer (<2.500 g), preeclampsia/eclampsia, anemia posparto severa (hemoglobina <90 g/l), e infección urinaria tratada. Hubo una evaluación de la **calidad** del cuidado y una **evaluación económica**.

Resultados

Las mujeres que se atendieron en hospitales que se les asignó el nuevo modelo (n= 12.568) tuvieron una media de cinco controles comparado con ocho controles en el modelo standard (n= 11.958). Más mujeres en el nuevo modelo comparado con el modelo standard refirieron haber recibido niveles de cuidado más altos (13,4% versus 7,3%), pero las tasas de internación, diagnóstico, y duración de la internación fueron similares. Los grupos tuvieron iguales tasas de bajo peso al nacer (nuevo modelo 7,68% versus modelo standard 7,14%; diferencias estratificada de la tasa 0,96 [IC 95% -0,01 a 1,92]), anemia posparto (7,59% versus 8,67%; 0,32), e infección urinaria (5,95% versus 7,41%; -0,42 [-0,25 a 0,67]). El ajuste por las variables de confusión no modificaron este efecto. Hubo diferencias muy pequeñas entre los grupos para algunos resultados secundarios. Las mujeres y el personal de salud en ambos grupos estuvieron, en general, satisfechos con el cuidado recibido, aunque algunas mujeres asignadas al nuevo modelo expresaron descontento acerca del número de los controles. No hubo aumento de costos, y en algunos centros el nuevo modelo disminuyó los costos.

Interpretación de los resultados

Brindar el cuidado prenatal de rutina según el nuevo modelo parece no afectar los resultados maternos ni perinatales. Podría ser implementado sin

mayor resistencia de las mujeres y el personal de salud y podría reducir los costos.

Comentario

El 19 de Mayo de este año se publicó en la revista Lancet el resultado del estudio de la OMS sobre control prenatal. Aquél que le interesare el artículo completo lo puede pedir a la dirección postmaster@clap.ops-oms.org.

Este es un artículo de sumo interés. Fue un esfuerzo muy grande realizado en cuatro países: Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia, donde se probó un nuevo esquema de control prenatal comparándolo con el esquema tradicional existente.

El nuevo esquema se confeccionó eligiendo en primer lugar las actividades de control prenatal demostradas como efectivas mediante investigaciones confiables, es decir basadas en las evidencias.

Una vez obtenida esa lista se vio en qué edad del embarazo las mismas debían administrarse. Fueron consideradas las prácticas a realizar en las embarazadas de bajo riesgo. La diagramación de este esquema concluyó que estas intervenciones se podían hacer en cuatro controles prenatales y ello decidió entonces el esquema del nuevo modelo de control prenatal a probar: se brindarían las prácticas demostradas como efectivas en embarazos de bajo riesgo y ellas serían administradas en cuatro visitas. El estudio fue entonces aleatorizado por centros de atención.

En los centros de tratamiento se aplicó el nuevo modelo a aquellas embarazadas clasificadas como de bajo riesgo. Esta clasificación se hizo aplicando un formulario que evaluaba factores de riesgo, enfermedades previas y complicaciones del embarazo. Las embarazadas clasificadas como de mayor

Los resultados de este estudio nos indicarían que no es tan importante el número de controles prenatales como la calidad de los mismos: prescribir en cada visita las intervenciones probadas como beneficiosas sin necesidad de brindarlas en una gran cantidad de controles.

riesgo fueron controladas según las normas de cada centro para la eventualidad que tuvieran.

En los centros control se continuó con el modelo de atención existente.

Los resultados mostraron que se produjo una reducción de la cantidad de controles en el grupo experimental y que no hubo diferencias en una serie de resultados biológicos entre ambos grupos. Tampoco hubo diferencia marcadas en la satisfacción de la embarazadas y sí un ahorro económico con el uso del nuevo modelo.

Los resultados de este estudio coinciden con los observados en otros estudios similares y son de mucho interés para la planificación de la atención prenatal. Nos indicarían que no es tan importante el número de controles prenatales como la calidad de los mismos: prescribir en cada visita las intervenciones probadas como beneficiosas sin

necesidad de brindarlas en una gran cantidad de controles.

Sigamos buscando soluciones con el compromiso de brindar la mejor calidad de atención. Insistimos en este tema ya que Latinoamérica y el Caribe tienen actualmente un 85% de los partos hospitalarios y esta cifra va en aumento progresivo. Sin embargo no tenemos los resultados que se esperan de esta alta tasa de partos hospitalarios. Una serie de conductas comprobadas como beneficiosas no se usan y aún seguimos usando conductas que se han demostrado como inefectivas o perjudiciales. Las tasas de cesárea de algunos países de la región son las más altas del mundo. Ello debe revelarnos como región hermana y exigirnos el estudio sistemático, la búsqueda de las mejores evidencias y la actitud de cambiar ante nuevas evidencias. De esa manera brindaremos a las madres e hijos de nuestra región la mejor atención, la más humanizada y la más eficiente.

Novedades del CLAP No 8, Junio 2001