

Recibido: 18 de mayo de 2001

Aceptado: 18 de junio de 2002

Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de riesgo bajo y frecuencia de cesáreas

Noé Alfaro Alfaro,¹
Romelia
Maldonado Alvarado,²
Arnoldo
Guzmán Sánchez,³
Patricia Mendoza Roaf,¹
Nidia Balcazar Partida,¹
Isabel Valadez Figueroa¹

¹Investigador,
Instituto Regional
de Investigación
en Salud Pública,
Universidad de Guadalajara

²Residente
de la especialidad
en Epidemiología,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Delegación Jalisco
³Profesor investigador,
Clínicas de la
Reproducción Humana,
Crecimiento
y Desarrollo Infantil,
Centro Universitario
de Ciencias de la Salud,
Universidad de Guadalajara

Correspondencia:
Noé Alfaro Alfaro.
Tel.: (01 33) 3680 0496.
Fax: (01 33) 3617 9934.
Correo electrónico:
naalfaro@prodigy.net.mx

RESUMEN

Objetivo: determinar la oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo y la frecuencia de cesáreas.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal. En un hospital general regional del Instituto Mexicano del Seguro Social, se estudiaron 222 mujeres gestantes con bajo riesgo. Se obtuvo información acerca de la atención prenatal y resolución del nacimiento, peso y condición del recién nacido, y de las características sociodemográficas de la madre.

Resultados: 41.9 % de las embarazadas acudió a visita prenatal inicial con oportunidad; de esta proporción, a 92.5 % se le realizaron acciones mínimas de atención obstétrica. Acudió a visitas subsecuentes 58.1 %; a su vez, a 90.4 % de dicha proporción se le realizaron las acciones mínimas de atención prenatal. Aun cuando se trató de embarazos con bajo riesgo, se realizó cesárea a 12.6 % de las madres con atención prenatal inicial oportuna (OR = 0.34, IC 95 % = 0.16 a 0.63) y a 19.3 % de las madres que tuvieron atención prenatal con continuidad (OR = 0.23, IC 95 % = 0.07 a 0.70).

Conclusiones: las madres con consulta inicial oportuna y continuidad de la atención prenatal tuvieron mayor número de cesáreas. Debe establecerse una vigilancia estrecha de la atención prenatal y la atención del parto a través de un comité de disminución de cesáreas.

SUMMARY

Goal: To determine opportunity and continuity of prenatal care in low-risk pregnant women and frequency of cesarean section.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in 222 woman of low obstetric risk in immediate puerperium stage. They were conventionally selected from a regional general hospital of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Information on socio-demographic characteristics of the mother, prenatal care, cesarean section, birth weight, and newborn conditions was collected.

Results: Pregnant women had their initial opportune prenatal visit, 41.9 %; 92.5 % had minimal obstetric intervention, 129 (58.1 %) pregnant woman had subsequent visits; of these, 90.5 % had minimal intervention care, although we studied low-risk pregnant women, 12.6 % (OR = 0.34; IC 95 % = 0.16 to 0.63) who had opportune initial visits, and 19.3 % (OR = 0.23; IC 95 % = 0.07 to .070) continued subsequent visits had cesarean section.

Conclusions: Pregnancies with opportune initial visits and subsequent visits had more cesarean sections. We must have a monitoring program for prenatal care and delivery through a special committee to decrease unnecessary cesarean section.

Introducción

Con la atención prenatal se reduce la morbi-mortalidad materna y perinatal, los partos pretérmino y el número de productos con bajo peso al nacer;¹ de igual forma, con ella es posible identificar los factores de riesgo para así establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.²

Para 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se informó una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos,^{3,4} cifra que no se ha disminuido en los últimos años aun cuando cada vez más embarazadas acuden a consulta prenatal. Por otra parte, el número de cesáreas es casi el doble del señalado en la norma oficial para embarazos de riesgo normal.⁵

Palabras clave

- ✓ atención prenatal
- ✓ embarazo
- ✓ cesárea

Key words

- ✓ prenatal care
- ✓ pregnancy
- ✓ cesarean section

La evaluación de la atención prenatal implica considerar el número de visitas, las acciones que se realizan en cada una, la calidad de la atención y la satisfacción de la gestante, entre otros aspectos. Mediante ella es posible identificar el momento oportuno para realizar las acciones, la relación de la atención prenatal con la prevención de cesáreas y qué medidas tienen mayor impacto en la vigilancia del embarazo con un menor costo.⁶⁻¹¹

En el presente estudio se analiza la oportunidad de la atención prenatal inicial, su continuidad y la frecuencia de cesáreas en embarazadas con bajo riesgo obstétrico.

patologías obstétricas o personales. La cesárea previa y la patología obstétrica o personal fueron consideradas indicadoras de embarazo de alto riesgo, por lo que las pacientes que las presentaban fueron excluidas de inmediato. Si las mujeres reunían cualquiera de las otras condiciones y la puntuación sumaba más de cuatro se consideraban de alto riesgo y también eran eliminadas.

El parto debió ser atendido en el hospital general regional del IMSS, entre el 15 y 30 de noviembre de 1997.

Tamaño de la muestra

Se consideró como unidad de observación a la resolución del embarazo y como unidad de análisis al embarazo de bajo riesgo. Se estudiaron 222 gestantes, considerando un nivel de confianza de 99 %, con una frecuencia esperada de cesáreas de 14 a 20 %.

Variables

Se consideró como variable independiente la atención prenatal, clasificada en inicial y continua; y como variable dependiente, la realización de cesárea no programada.

Se consideró como *atención prenatal oportuna* cuando la gestante hubiera asistido a su primera consulta en las primeras 12 semanas de embarazo, cuando en la primera consulta se hubiera calculado la ganancia de peso ponderal, registrado presión arterial y solicitado biometría hemática, grupo sanguíneo y Rh, análisis de orina y VDRL, y se prescribiera hierro y ácido fólico.

Se consideró como *atención prenatal continua* cuando las visitas subsecuentes se dieron al menos en cuatro ocasiones distribuidas en las siguientes semanas de gestación: 22 a 24 semanas, 27 a 29 semanas, 33 a 35 semanas y 38 a 40; cuando en las consultas subsecuentes por lo menos se hubiera calculado ganancia de peso, tomado tensión arterial, medido la altura uterina, auscultado la frecuencia cardíaca fetal, efectuado exámenes de glucemia, análisis de orina y realizado acciones educativas relacionadas con el embarazo y el parto.

Cuadro I
Atención prenatal inicial y subsecuente en 222 mujeres embarazadas con bajo riesgo

Consulta prenatal	Mujeres embarazadas Con acciones mínimas*			
	Número	%	Número	%
Inicial con oportunidad	93	41.9	86	38.8
Subsecuente con continuidad:				
Segunda consulta	129	58.1	114	51.3
Tercera consulta	131	59.0	128	57.7
Cuarta consulta	164	73.9	157	70.7
Quinta consulta	129	58.1	128	57.7
Promedio	138.2	62.3	131.7	58.4

* Se les realizó acciones mínimas de atención obstétrica

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo en mujeres gestantes calificadas con bajo riesgo obstétrico (puntaje de cero a tres), adscritas a siete unidades de medicina familiar que envían a las embarazadas para su atención a un hospital general regional del IMSS, en Guadalajara, Jalisco. La información se obtuvo a través de un cuestionario aplicado a las madres y específicamente diseñado para este proyecto, y por revisión de expedientes clínicos.

Se incluyeron embarazadas con riesgo bajo: mujeres entre 20 y 30 años de edad, con talla mayor a 1.50 m, escolaridad mínima de secundaria, gestas de dos a cinco, sin cesáreas previas, máximo un aborto, sin antecedentes de

Para analizar la atención prenatal se compararon dos subgrupos: consulta prenatal oportuna y consulta prenatal con continuidad. El análisis descriptivo de la atención prenatal permitió relacionar ésta con la frecuencia de cesárea y estimar el riesgo (OR) de nacer por cesárea y haber tenido atención prenatal.

Resultados

Se estudiaron 222 mujeres con embarazo de bajo riesgo obstétrico, de quienes nacieron 223 bebés (una de las gestantes tuvo un embarazo gemelar); en 68 % el riesgo del embarazo según la clasificación del IMSS fue de 0 a 2, y en 32 % de 2.5 a 4.

La edad promedio de las madres estudiadas fue de 23.4 años, 82 % manifestó estar casada, 50 % tenía estudios de secundaria, 64.4 % era ama de casa y 31.5 % de las gestantes tenía un empleo remunerado; 38.4 % tuvo dos embarazos previos y 14.9 %, de tres a cuatro embarazos.

De la población estudiada 93 mujeres (41.9 %) acudieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de embarazo; en 86 (38.8 %) hubo informes de haberseles realizado las acciones mínimas de atención obstétrica establecidas (cuadro I).

La continuidad de la atención prenatal posterior a la consulta inicial se midió por la atención proporcionada en las cuatro consultas siguientes. Acudieron a la segunda consulta 129 embarazadas (58.1 %); de ellas, en 114 (51.3 %)

Cuadro II
Atención prenatal inicial y subsecuente en 222 mujeres embarazadas con bajo riesgo y características del recién nacido

Variable	Con API		Sin API		Con APS		Sin APS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad gestacional								
Pretérmino	4	1.8	2	0.9	3	1.4	3	1.4
Término	132	59.5	84	37.8	52	23.4	164	73.9
Total	136	61.3	86	38.7	55	24.8	167	75.2
Tipo de parto								
Eutócico	117	52.7	58	26.1	51	23.0	124	55.9
Cesárea	19	8.6	28	12.6	4	1.8	43	19.3
Total	136	61.3	86	38.7	55	24.8	167	75.2
Condición al nacer								
Vivo	136	61.3	85	38.3	54	24.3	167	75.2
Muerto	0	0.0	2	0.9	1	0.5	0	0.0
Total	136	61.3	87	39.1	55	24.8	167	75.2
Peso del producto								
Bajo	6	2.7	2	0.9	5	2.3	3	1.4
Normal	126	56.7	80	36.0	47	21.2	159	71.6
Macrosómico	4	1.8	4	1.8	3	1.4	5	2.3
Total	136	61.3	86	38.7	55	24.8	167	75.2

API = atención prenatal inicial

APS = atención prenatal subsecuente

se realizaron acciones mínimas de atención prenatal. Estas cifras se incrementaron en la cuarta consulta, a la cual asistieron 164 embarazadas (73.9 %), de las cuales 70.7 % recibió las mínimas acciones establecidas para atención obstétrica; la proporción de asistencia descendió en la quinta consulta (cuadro I).

Frecuencias de cesáreas y su relación con la atención prenatal

Se realizó cesárea a 8.6 % de las embarazadas que tuvieron atención inicial no oportuna *versus* 12.6 % de quienes la recibieron con oportunidad (OR = 0.34, IC 95 % = 0.16 a 0.63) (cuadros II y III). Las causas de cesárea en el grupo con atención inicial no oportuna fueron principalmente por desproporción cefalopélvica (47 %) y sufrimiento fetal (31.6 %). En el grupo con oportunidad en su atención prenatal las causas fueron la desproporción cefalopélvica en 68 % y el sufrimiento fetal en 11 %.

Cuadro III
Atención prenatal inicial y subsecuente en 222 mujeres embarazadas con bajo riesgo

Variable	Grupo	OR	IC 95 %	p
Cesáreas				
Atención prenatal inicial	no/sí	0.34	0.16 a 0.63	s
Atención prenatal continua	no/sí	0.23	0.07 a 0.70	s
Macrosómico				
Atención prenatal inicial	no/sí	0.63	0.13 a 3.12	ns
Atención prenatal continua	no/sí	2.03	0.37 a 10.24	ns
Bajo peso al nacer				
Atención prenatal inicial	no/sí	1.90	0.34 a 14.01	ns
Atención prenatal continua	no/sí	5.64	1.12 a 31.11	s

IC 95 % = intervalo de confianza a 95 %

s = significativa

ns = no significativa

Los bebés que se obtuvieron por cesárea en su mayoría fueron eutróficos (93.6%). De ocho nacimientos macrosómicos sólo tres se obtuvieron por cesárea; fallecieron dos niños del grupo con atención prenatal inicial oportuna.

Los nacimientos por cesárea en el grupo con atención prenatal sin continuidad representaron 1.8 % en embarazadas que tuvieron atención prenatal con la realización de acciones mínimas; constituyeron 19.3 % para quienes tuvieron atención prenatal con continuidad (OR = 0.23, IC 95 % = 0.07 a 0.70), como puede apreciarse en los cuadros II y III.

Las principales causas por las cuales se realizó cesárea en el grupo de embarazadas sin continuidad de atención obstétrica fueron la desproporción cefalopélvica (66.6 %) y el sufrimiento fetal (33.3 %); en el grupo con continuidad fue la desproporción cefalopélvica (60.5 %) y el sufrimiento fetal (18.6 %).

En el grupo de madres sin atención prenatal continua se presentó el fallecimiento de un niño (cuadro II).

El nacimiento de niños macrosómicos no mostró diferencia significativa entre los grupos estudiados, aunque el bajo peso al nacer sí estuvo asociado con el grupo que no tuvo atención continua (OR = 5.64, IC 95 % = 1.12 a 31.11), sin embargo, el intervalo de confianza es muy amplio por lo que se requiere hacer estudios de este tipo con una muestra de mayor tamaño.

Discusión

Está comprobado que el parámetro de visitas prenatales señalado por la norma oficial mexicana no tiene mayores resultados adversos que aquellos modelos que recomiendan más de cinco.¹² La mortalidad perinatal ha sido reducida por las intervenciones realizadas en la consulta prenatal. Las acciones que se efectúan durante las visitas prenatales, la oportunidad y continuidad en la atención de embarazos de riesgo normal, han sido motivo de diversos estudios para identificar las de mayor impacto.

De acuerdo con los resultados obtenidos, las embarazadas con atención prenatal oportuna y adecuada continuidad, con mayor frecuencia terminaron su embarazo mediante cesárea. Una de las posibles explicaciones es el mayor número de casos de desproporción cefalopélvica informado en el grupo con atención oportuna, sin embargo, la mayoría de esos recién nacidos

tuvo peso normal, lo que estaría indicando un diagnóstico inadecuado que genera intervenciones innecesarias.

Por otra parte, el grupo sin continuidad adecuada de atención prenatal presentó mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica y de sufrimiento fetal; la posible explicación radica en la separación entre la continuidad de la atención durante el embarazo y la atención durante el parto, en la cual frecuentemente los médicos toman la decisión de realizar cesárea por razones no médicas.¹³

La cesárea aumenta dos a 10 veces el riesgo de que una mujer muera, comparada con la paciente que se atiende por vía vaginal,¹⁴⁻¹⁶ lo cual debe motivarnos a no realizar dicha intervención cuando no esté plenamente justificada.


Se debe efectuar monitoreo continuo y estrecho de la vigilancia del trabajo de parto, privilegiando el parto normal sobre la cesárea ya que incluso en embarazadas con dos cesáreas previas puede obtenerse un parto normal.¹⁷

Debería intensificarse la difusión de la *Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*, y establecer un sistema de vigilancia y monitoreo de realización de cesáreas en cada hospital donde se lleven a cabo.

Referencias

1. Alexander GR, Korenbrot CC. The role of prenatal care in preventing low birth weight. *Future Child* 1995;5(1):103-120.
2. Coria Soto IL, Bobadilla JL, Notzn F. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. *Int J Qual Health Care* 1996;8(1): 13-20.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Indicadores básicos de mortalidad. México: IMSS; 1995.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas demográficas. Cuaderno de Población número 8. Aguascalientes, México: INEGI; 1997. p. 177-196.
5. Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto

y puerperio y del recién nacido. *Diario Oficial de la Federación* 1995 enero 6, 15-48.

6. McDuffe RS Jr, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low risk women. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996;275(11):847-851.
7. Kessler S. Adequacy of prenatal care utilization. California, 1989-1994. *Morb Mort Weekly Rep* 1996;45(30):653-656.
8. Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. Un ensayo controlado aleatorizado comparando dos programas de visitas prenatales: el proyecto de cuidado prenatal. *BMJ* 1996;312(7030):546-553.
9. Peoples-Sheps, Hogan VK, Nagandu N. Contenido del cuidado prenatal durante el trabajo inicial. *Am J Gynecol* 1996;174:22-26.
10. Liberatos P, Kiely JL. Selected issues in the evaluation of prenatal care. En: Kiely M, editor. *Reproductive and perinatal epidemiology*. US: Library of Congress; 1991. p. 81-98.
11. Harrigan J, Hartko W, Szasz M. Aspectos clínicos de la medicina perinatal. En: Ifi-Kaminetzky HA, editor. *Obstetricia y perinatología, principios y práctica*. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1986. p. 735-749.
12. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357(9268): 1551-1564.
13. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999;28(4):687-694.
14. Sultan AH. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth-elective cesarean section? *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:731-734.
15. Rubin GL, Petersen HS, Rochat RW, MacCarthy BJ, Teny JS. Maternal death after cesarean section in Georgia. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:681-683.
16. Cunningham GF, MacDonald CP, Gant FN. Mortality and cesarean section. En: William Obstetric. Eighteen edition; 1989. p. 443-444.
17. Guzmán SA, Alfaro AN, Pérez GJF, Martín AA. Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedente de una cesárea previa en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66:325-329. 

Noé Alfaro Alfaro et al.
Atención prenatal
en embarazos
de bajo riesgo