



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

EL CONTROL PRENATAL: UNA REFLEXIÓN URGENTE

Prenatal care: an urgent reflection

*Flor de María Cáceres-Manrique, MSc**

Recibido: enero 26/09 – Aceptado: mayo 21/09

RESUMEN

Introducción y objetivo: este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la adherencia y las barreras de acceso al control prenatal (CPN). El CPN es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza. Sin embargo, no todas las embarazadas logran acceder al CPN por diferentes razones, la mayoría ajenas a su voluntad. Por tanto, es necesario reflexionar sobre las barreras de acceso y los motivos de las fallas en la adherencia al CPN para dirigir la investigación con el fin de hacer realidad el sueño de una maternidad saludable.

Palabras clave: mujeres embarazadas, atención a la salud, accesibilidad a los servicios de salud, calidad de la atención de salud, acceso y evaluación.

SUMMARY

Introduction and objective: this paper aims to reflect on how access to prenatal care (PNC) is adhered to and the barriers to it. PNC is the recommended strategy for the early detection risks during pregnancy, establishing suitable management, preventing complications and preparing pregnant females for birth and parenting. However, not all

pregnant women have access to PNC for different reasons, these being mostly beyond their control. The barriers to and reasons for failure to adhere to PNC must thus be known to ensure that the dream of safe motherhood becomes real.

Key words: pregnant women, health care, accessibility to health services, quality of health care, access and assessment.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad² que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo³ y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

Sin embargo, no todas las mujeres acceden al CPN y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. Según la hipótesis, existen barreras ajenas a las gestantes que les impiden acceder y adherirse al CPN.

Por consiguiente, el objetivo de este artículo es realizar la reflexión sobre las barreras de acceso y las características de la adherencia al CPN como punto de partida para investigaciones futuras en

* Enfermera, Magíster en Epidemiología, Profesora Asistente, Departamento de Salud Pública; Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander. Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia). Correo electrónico: fmcacer@uis.edu.co; flordemar200@yahoo.com

este campo; para lo cual, inicialmente se hará una descripción de los objetivos del CPN, sus características y particularidades, la epidemiología de la adherencia y, finalmente, una aproximación a las necesidades de investigación.

1. Objetivos del control prenatal

Entre los objetivos del CPN se encuentran: diagnosticar las condiciones fetal y materna, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza.¹ Además de los riesgos biológicos, se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación.⁴

De este modo, con el CPN se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los eventos de morbilidad más frecuentes son: hemorragia, infecciones, preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo.^{5,6} Por el otro lado, la morbilidad perinatal comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria.⁷ Dichos eventos pueden agravarse y llevar a la muerte, la cual, a su vez, desencadena otros problemas. Por ejemplo, cuando mueren las madres, sus hijos menores tienen, como consecuencia, mayor probabilidad de morir; lo mismo ocurre cuando las madres presentan morbilidad obstétrica severa.⁸ Es por esto que la adherencia al CPN es tan importante.

Por consiguiente, el logro del objetivo, el cual consiste en preparar a la mujer para la maternidad y la crianza, se fundamenta en la promoción de la salud. El CPN brinda la oportunidad de hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables.⁹

2. Atributos del CPN

Idealmente, la atención prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad.¹⁰ Para cumplir con ello, existe un modelo estándar de CPN, el cual debe consultar la embarazada tan pronto tenga la primera amenorrea y continuar consultando una vez al mes durante los primeros seis meses del embarazo, cada dos semanas en los dos meses siguientes y una vez por semana, durante el último mes, hasta el parto.⁴ En 2003, la OMS adoptó un modelo básico de CPN para embarazo de bajo riesgo con menor número de consultas.¹¹ Aunque el modelo no demostró tener mejores resultados que el esquema convencional, el hecho de no haberse presentado aumento de complicaciones permite considerar que lo ideal es programar cada consulta con objetivos particulares en lugar de la práctica habitual.¹²

Ahora bien, en varias oportunidades se ha intentado medir estos atributos a través de los estudios de evaluación de la calidad del CPN pero el concepto de calidad no está estandarizado y, además, el CPN tiene diferentes variables y momentos en los cuales puede ser evaluado. A continuación, se presentan los reportes de algunos estudios que han medido uno o varios atributos del CPN.

En un primer estudio, se calificó la percepción de la calidad del CPN como buena en 68% de los casos y, por su parte, tanto el número de las consultas como el momento de las mismas fueron calificados como adecuados en 50% de los casos.¹³ Otra encuesta reportó que la cobertura de atención prenatal por parte del médico fue de 87%, por parte de la enfermera 7% y sin atención 6%.¹⁴ Asimismo, sólo 64% de las embarazadas dijeron haber recibido información sobre complicaciones en el embarazo, y sólo a 35% les ordenaron prueba de tamizaje para Virus de la Inmundeficiencia Humana (VIH).

De acuerdo con los resultados de un análisis, los expertos concluyeron que las mejoras en la calidad del CPN reducirían en 80% las muertes evitables.¹⁵ En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al

régimen contributivo, con CPN adecuado y atención oportuna, mostró una incidencia de complicaciones extremas menor a 1,1% mientras que la morbilidad perinatal fue de 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud.¹⁶

Por tanto, dada la dificultad para evaluar todos los atributos del CPN y las múltiples interacciones entre las necesidades de las madres y los niños, hay quienes proponen que los programas deben comprender un *continuum* en la atención de la mujer embarazada y su producto.¹⁷

Por otro lado, aunque la mayoría de modelos de CPN no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que éstos han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y mala respuesta en el cuidado de las mujeres.¹⁸ A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del CPN, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil.¹⁹ Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas,²⁰ lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto.

3. Adherencia al CPN

En este punto, se debe tener en cuenta la adherencia de la embarazada, las instituciones de salud y los profesionales que prestan la atención prenatal. La adherencia de la embarazada al CPN comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas.

La OMS considera que sólo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN.²¹ Otros estudios han reportado prevalencias de 69%²² y 38,8%,⁷ y una mediana de 4 consultas por gestante.²³ Entre los factores asociados a la baja adherencia al CPN se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico.²⁴ La asistencia a CPN,

por ejemplo, varía y tiene distribución desigual por estratos socioeconómicos.²⁵ Un estudio encontró que las gestantes de clase alta realizan mejor CPN, algunas incluso con excesiva medicalización.²⁶ En una posterior evaluación, se evidenció que mujeres de clase baja asisten a menos de 6 CPN, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo mientras que las de clase alta acuden a más de 12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio.²⁷

Ahora bien, un punto muy importante en el logro de la adherencia a los programas, es la participación de la comunidad. Esta estrategia se vio reflejada en los resultados de un estudio que mejoró la asistencia de las gestantes al hospital.²⁸ En una revisión sobre el uso de servicios de salud materna, se encontró una amplia variación parcialmente relacionada con la financiación y la organización de la atención. De ahí la necesidad de evaluar las características de cada contexto.²⁹

De otro lado, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud.¹⁵ Igualmente, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal.³⁰ Éste es, por consiguiente, un tema de investigación necesario si se quiere intervenir el CPN.

4. Necesidades de investigación

La vigilancia en salud pública se encarga de registrar, notificar y analizar los casos de muerte materna y perinatal con el fin de orientar medidas de prevención y control.³¹ El análisis de los casos involucra la evaluación de la atención prenatal, lo cual permite identificar aspectos relacionados con la calidad del CPN y la disposición de servicios oportunos y adecuados para la atención de la gestante.³²

Existe escasa evidencia sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad del CPN, conocimientos, percepciones y prácticas de las gestantes y los profesionales de salud con respecto a la atención prenatal; por lo que las recomendaciones de estudios previos se centran en enfocar la investigación sobre adherencia al CPN tanto en gestantes como en el personal de salud,^{13,25} así como en la calidad,¹⁹ en los resultados del cuidado materno³³ y en comprender los factores socioculturales que influyen en la salud materna, incluyendo asuntos de género, equidad y trabajo;³⁴ sin olvidar evaluar también, el contexto específico²⁵ y la relación entre la violencia doméstica y la ausencia de CPN o la demora en buscarlo.¹³

También es necesario conocer si las embarazadas adquieren la competencia para identificar tempranamente los signos de alarma, si saben a dónde acudir en caso de complicaciones, si tienen redes de apoyo, si cuentan con servicios de salud adecuados y si conocen los requisitos para ser atendidas, con el fin de evitar demoras.³⁵

Por lo tanto, es perentorio realizar estudios poblacionales, colaborativos y multicéntricos entre países, que permitan, además de comparar, diseñar intervenciones, trabajar conjuntamente haciendo énfasis en la prevención,³⁶ involucrar la participación de la comunidad y realizar ensayos comunitarios²⁵ con el fin de probar estrategias exitosas de cumplimiento de los atributos del CPN.

CONCLUSIÓN

El CPN es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención.

Ahora bien, a pesar de que el CPN es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios,

los cuales han sido poco estudiados, e incluyen barreras estructurales evidenciadas por la diferencia de acceso según el estrato socioeconómico.

De igual manera, dada la complejidad del CPN, es difícil evaluar todos sus atributos a la vez. Por esto, la propuesta es iniciar la investigación desde la percepción de las embarazadas, sus necesidades y expectativas con respecto al CPN; preferiblemente, realizar estudios poblacionales que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al CPN, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad. Esto daría algunas pistas para diseñar y evaluar programas exitosos a nivel comunitario; y también permitiría evaluar la adherencia de los trabajadores de la salud, las instituciones que prestan los servicios y la participación de la comunidad. Además, se debe tener en cuenta que el CPN por sí solo no es suficiente para reducir la morbilidad y la mortalidad, ya que no siempre se pueden predecir ciertas complicaciones del parto y puerperio, por lo cual es necesario que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad.

Finalmente, esperamos que ésta sea una invitación a una reflexión profunda, fundamentada y ética sobre el papel de los profesionales, los servicios de salud y la comunidad en la adherencia y evaluación del CPN, con miras a fortalecer la toma de decisiones con la mejor evidencia posible en bien de las gestantes y nuestros niños.

REFERENCIAS

1. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de medicina. Control prenatal. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/es/>
3. Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J* 2006;10: S29-S35.

4. República de Colombia, Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. (Resolución 412 de 2000). Visitado en 2008 Oct 12. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=9774&IDCompany=3>
5. Cáceres FM, Díaz LA. Mortalidad materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia 1994-2004. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58:99-107.
6. Yanagisawa S. Crossing the river: health of mothers and children in rural Cambodia. *International Congress Series* 2004;1267:113-26.
7. Díaz LA, Cáceres FM; Becerra CH, Uscátegui AM. Causas y determinantes de la mortalidad perinatal, Bucaramanga 1999. *MedUNAB* 2000;3:5-16.
8. Strong M. The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh. *Health Transition Review* 1992;2:215-24.
9. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Visitado en 2009 May 16. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>
10. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas para la atención prenatal, partos de bajo riesgo y puerperio. Managua (Nicaragua); 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Visitado en 2008 Nov 15. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_2.sp.html
12. Mathai M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo: comentario de la BSR (última revisión: 14 de junio de 2002). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/mmcom/es/print.html.
13. Ramírez-Zetina M, Richardson V, Ávila H, Caraveo VE, Salomón RE, Barcardí M, et al. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana (México). *Rev Panam Salud Pública* 2000;7:97-101.
14. República de Colombia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/10salud/01atencion01.html>
15. Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto - Octubre 2004. (tesis). Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2004. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf
16. Morales-Osorno B, Martínez DM, Cifuentes-Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali (Colombia), en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58:184-8.
17. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Butta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007;370:1358-69.
18. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 2001;15 Suppl 1:1-42.
19. Rodríguez LA, Rey JJ. Mortalidad evitable en Santander 1997-2003. *MedUNAB* 2006;9:5-13.
20. Vecino-Ortiz AI. Determinants of demands for antenatal care in Colombia. *Health Policy* 2008;86:363-72.
21. World Health Organization. Coverage of maternal care: a listing of available information. 4th ed. Family and Reproductive Health, Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood. Geneva, Switzerland; 1997.
22. Herrán-Falla O, Contreras-Pezzotti L, Latorre-Latorre JF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. *Atención primaria* 2006;37:332-8.
23. Ortiz R, Anaya NI, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga (Colombia). Un estudio transversal. *MedUNAB* 2005;8:71-7.
24. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med* 2003;25:113-9.
25. Costello A, Osrin D, Manandhar D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *BMJ* 2004;329:1166-8.
26. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrel C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas

- relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit* 2006;20:25-30.
27. Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Villalbí JR, Cunillé M, Ricart M, et al. Evolución de las desigualdades según la clase social en control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). *Gac Sanit* 2007;21:378-83.
 28. Luque MA, Bauernfeind A. Prevención de la mortalidad materna: Un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. *Index Enferm* [online] 2007;16:13-7. Visitado en 2008 Nov 20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200003&lng=es&nrm=iso.
 29. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ* 2007;85:812-9.
 30. Delgado M, Daza C. Factores que afectan el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento del Cauca. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1999;71-6.
 31. República de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna; 2007.
 32. Berg C, Danel I, Mora G (Eds). *Guidelines for maternal mortality epidemiological surveillance*. Washington: OPS; 1996.
 33. Pan American Health Organization. *Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO*. Washington, D.C.: PAHO; 2005. Visitado en 2008 Dic 15. Disponible en <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/PHC-position-paper.pdf>
 34. Moos W, Darmstadt GL, Marsh DR, Black RE, Santosham M. Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities. *J Perinatol* 2002;22:484-95.
 35. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. *The design and evaluation of maternal mortality programs*. New York: Columbia University, Center for Population and Family Health; 1997.
 36. Gil E, Cataño LO, Ochoa G, Jubiz A, Hernández A, Torres Y, et al. *Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles*. Universidad de Antioquia, Organización Mundial de la Salud, Red de Perinatología de Antioquia, Área Metropolitana de Medellín. Medellín (Colombia); 1992.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.