

## Cuidados prenatales

**S**e abordan, en este número monográfico, aspectos diversos de la asistencia actual al embarazo, un problema permanente en la dinámica de la correcta práctica obstétrica, empeñada siempre en alcanzar los más altos niveles de bienestar materno y fetal.

Los “cuidados prenatales” adquirieron carta de naturaleza hace ya tiempo. Inicialmente fueron propuestos por BALLANTYNE en 1901, pero su estructuración básica se estableció, entrado el siglo XX, a partir de los años 20 a 30. En 1942, DÖDERLEIN preconizaba la necesidad de una organización para la asistencia del embarazo, capaz de cubrir las expectativas de una correcta vigilancia del mismo en un doble aspecto, preventivo y de atención médica por un lado, y de asesoramiento social por otro. Y a partir de 1960 la necesaria vigilancia de la gestación adquirió toda su relevancia al definirse con rigor el concepto de embarazo de “riesgo elevado”.

En 1974, con motivo del Congreso del Centenario de la Sociedad Ginecológica Española celebrado en Madrid, fui encargado de la Ponencia sobre “Cuidados prenatales”, y en aquel entonces me permití aseverar que, en España, el desarrollo de dichos cuidados prenatales, desde el punto de vista de su organización sistemática y jerárquica, no había alcanzado la misma cota que otros aspectos, por ejemplo el parto hospitalario, de la asistencia obstétrica. Años después, en 1993, en otro Congreso, éste de Medicina Perinatal, celebrado en Santander, me ocupé en una conferencia de la “salud perinatal” y pude mostrar objetivamente que la asistencia prenatal había mejorado ostensiblemente y el número de visitas durante el embarazo se acercaba a los estándares admitidos como correctos.

Se ha estimado que la morbimortalidad perinatal guarda relación directa con la frecuencia de las visitas en el embarazo. Hace ya años que en diferentes países desarrollados se estableció el número de visitas que debería efectuarse en un embarazo normal. En 1970 oscilaban entre 8 en Rusia y 20 en Suecia. Un Seminario de la OMS, efectuado en 1966, recomendó que el número de visitas a realizar en el embarazo fuera de 10 en las multíparas y de 12 en las primíparas. Aun cuando no se hayan dictado normas precisas al respecto, podríamos decir que en España se ha considerado generalmente este criterio como patrón a seguir.

En 1990, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) marcaba directrices que ratificaban conceptos ya emitidos en 1959. Las consultas por embarazo deberían iniciarse lo más precozmente posible, continuando cada 4 semanas hasta la semana 28, después cada 3 semanas hasta la 36, y por fin una vez por semana hasta que llegue el parto. Este ritmo supone la práctica de unas 12 ó 13 visitas durante el embarazo.

Quisiera señalar, sin embargo, un aspecto absolutamente decisivo. La cantidad, con ser importante, lo es mucho menos que la calidad. Y lo que resulta preciso es

---

que las visitas de embarazo, con su consiguiente seriación de exploraciones, ecografías, análisis, etc., mantengan el buen estado de la grávida, pero muy específicamente sirvan para una selección de los casos con riesgo elevado que son tributarios de una sistemática asistencial distinta y preferente.

Y todo esto nos plantea algunos problemas acuciantes. ¿Es necesario el esforzarse en lograr un número alto de visitas en embarazos presuntamente normales y cuyo desarrollo transcurre dentro de parámetros normales?. Un empeñamiento en cumplir mínimos estrictos ¿no resulta excesivamente oneroso? Y sobre todo ¿no malgasta el tiempo de especialistas que podrían dedicar sus esfuerzos a tareas más relevantes?.

BINSTOCK et al cuestionaron en 1995 la necesidad de seguir las rígidas directrices del ACOG, y más recientemente, en 1999, WARD et al, en artículo publicado en *The Journal of Reproductive Medicine*, estudian dos grupos de mujeres, unas, que recibieron la asistencia estándar con una media de 13 visitas, y otro grupo que, de forma bien regularizada cronológicamente, recibió una media entre 7 y 8 visitas, sin que existieran entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a resultados obstétricos o neonatales. Los últimos autores justifican, a la vista de los resultados, su disposición a disminuir el número de visitas de las embarazadas normales ante la conveniencia de que los residentes encargados de la asistencia prenatal puedan encontrar un tiempo mayor para otras actividades obstétricas o ginecológicas que ayuden a mejorar su formación.

Y al final surge una pregunta que se ha planteado muchas veces de forma más o menos tímida en diversos ambientes. ¿Quién debe realizar la consulta prenatal de los embarazos de bajo riesgo? ¿El especialista en Obstetricia y Ginecología? ¿El residente? ¿El médico de familia? ¿La matrona?.

No cabe duda, y que quede esto bien claro, que al obstetra corresponde la dirección de la asistencia en todo lo que concierne al embarazo y parto. Si fuera posible que cada grávida tuviera asignado su tocólogo, que se encargara de asistir su embarazo y su parto, eso sería el ideal. Pero todos sabemos lo difícil que es lograr esto en una asistencia colectivizada, independientemente de la necesidad complementaria en mil aspectos de una medicina de equipo.

En los momentos actuales, y sin haberse conseguido, al menos en la mayoría de las Comunidades Autónomas, regularizar la rotación de los residentes por los Ambulatorios (extremo éste que debería formar parte obligada de su formación), se nos antoja que el número de especialistas dedicados a la función de vigilancia rutinaria prenatal es absolutamente excesivo, y para algunos de ellos se trata de una misión casi exclusiva, con despilfarro evidente de su labor de formación hospitalaria previa. ¿Se debería contar con la ayuda de los médicos de familia, incluso a veces de comadronas?. Habría que valorar circunstancias diversas, teniendo en cuenta que la asistencia debe acercarse a la embarazada, procurándose que las visitas de rutina no la obliguen a largos desplazamientos o que la dejen sometida a largas esperas. Pero, por el lado contrario, la diversidad de intervinientes en la asistencia merma cada vez más las posibilidades de atención individualizada.

Se necesitaría tal vez una organización básica sujeta a un protocolo estricto. Hay visitas clave, con ecografía incluida, que deben estar reservadas al especialista que se alzaría así, aunque con una menor presión del número de visitas, en director insustituible del proceso. Pero determinadas consultas, con petición de análisis rutinarios, sobre todo en áreas de asistencia geográficamente extensa, podrían estar encomendadas a otras personas, que naturalmente siempre orientarían al especialista los casos con riesgo elevado. Por último, debería ser exigitivo que una última exploración, en las cercanías presumibles del fin del embarazo, se realizase en el mismo hospital donde la gestante va a dar a luz.

**J.A. USANDIZAGA**