



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.



ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	3
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
CALIDAD METODOLÓGICA.....	5
RESULTADOS.....	5
DISCUSIÓN.....	8
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	10
AGRADECIMIENTOS.....	10
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	10
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	10
REFERENCIAS.....	10
TABLAS.....	13
Características de los estudios incluidos.....	13
Características de los estudios excluidos.....	19
CARÁTULA.....	19
COMENTARIOS Y CRITICAS.....	20
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	21
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	23
01 Número reducido de consultas para el control prenatal/consultas de control prenatal orientadas al objetivo versus consultas estándar.....	23
16 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción).....	23
17 Satisfacción de la paciente con respecto a; puntaje (medio) en una escala de 1 a 6.....	24
18 Resultado del proceso; Pruebas de diagnóstico prenatal.....	25
19 Resultado del proceso; Uso de otros servicios médicos.....	26
20 Resultado del proceso; Medio (desvío estándar, DE).....	27
02 Atención impartida por una partera o un médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y un Ginecólogo.....	28
01 Parto prematuro (< 37 semanas).....	28
02 Hipertensión inducida por el embarazo.....	28
03 Preeclampsia.....	28
04 Cesárea.....	29
05 Presentación anómala.....	29
06 Hemorragia anteparto (prenatal e intraparto).....	29
07 Hemorragia postparto (intraparto y postnatal).....	30

ÍNDICE DE MATERIAS

08 Anemia (Hb < 100 g/l).....	30
09 Infección urinaria (tratada con antibióticos).....	30
10 Mortalidad perinatal.....	31
11 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción).....	31
12 Puntaje (medio) de satisfacción de las pacientes con respecto a la atención en una escala de -2 = respuesta muy negativa a +2 = respuesta muy positiva.....	32

Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M

Esta revisión debería citarse como:

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación significativa más reciente: 18 de agosto de 2001

RESUMEN

Antecedentes

Se ha sugerido que en los embarazos de bajo riesgo, los paquetes de control prenatal con un número reducido de consultas o el manejo del control prenatal por prestadores de salud que no son obstetras pueden ser tan efectivos como los modelos estándar de control prenatal.

Objetivos

El objetivo de la presente revisión es evaluar los efectos de los programas de control prenatal en las mujeres de bajo riesgo.

Estrategia de búsqueda

Realizamos búsquedas en el registro de estudios clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) y las listas de referencias de los artículos obtenidos; además consultamos a los investigadores de este campo. Fecha de la última búsqueda: mayo de 2001

Criterios de selección

Estudios clínicos aleatorizados que comparan programas de control prenatal con consultas de distinta frecuencia e intervalo y diversos tipos de prestadores de salud.

Recopilación y análisis de datos

Dos revisores evaluaron la calidad de los estudios y extrajeron los datos en forma independiente. Se realizaron consultas a los autores de los estudios incluidos para obtener información adicional y se les entregó la versión final de esta revisión.

Resultados principales

Se incluyeron diez estudios clínicos que incluyeron más de 60.000 mujeres. Siete estudios clínicos evaluaron el número de consultas clínicas prenatales y tres evaluaron el tipo de prestador de salud. La calidad de la mayoría de los estudios era aceptable. La reducción del número de consultas prenatales no estuvo asociada con un aumento de cualquiera de los resultados negativos perinatales y maternos que se revisaron. Sin embargo, los estudios clínicos realizados en países desarrollados sugieren que es posible que las mujeres estén menos satisfechas con la reducción del número de consultas y consideren que la atención no cubrió sus expectativas. Las mujeres se mostraron más conformes con el control prenatal provisto por una partera o un médico clínico. La efectividad clínica de la asistencia por parte de parteras o médicos clínicos fue similar a la proporcionada en forma conjunta por un tocoginecólogo.

Conclusiones de los autores

La reducción en el número de consultas para el control prenatal se podría implementar, independientemente de la importancia asignada al contenido de las mismas, sin que se produzca un aumento de los resultados biológicos adversos en la madre o el neonato. Es posible que las mujeres estén menos satisfechas con la reducción del número de consultas. Podría obtenerse una reducción en los costos para las madres y los prestadores. Las mujeres se mostraron más satisfechas con la asistencia proporcionada por una partera o un médico clínico que con la atención administrada en forma conjunta por un tocoginecólogo, aunque en ambos casos la efectividad clínica fue similar.



RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

La reducción en el número de consultas prenatales de rutina no constituye un riesgo para la salud de las embarazadas ni de sus neonatos, aunque es probable que las mujeres se muestren menos satisfechas con la atención recibida.

Se ha establecido un número de consultas de rutina durante el embarazo (control prenatal) sin que se contara con suficiente evidencia acerca de la cantidad de consultas necesaria o conveniente. Estas consultas pueden incluir análisis, educación y otros exámenes médicos. Las parteras, los médicos clínicos (médicos de cabecera) o los médicos especialistas (obstetras o ginecólogos) son los encargados de proporcionar este tipo de atención. La revisión de los estudios clínicos permitió comprobar que cada uno de estos grupos de profesionales brinda a las mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo un control prenatal igualmente efectivo. Las mujeres suelen mostrarse más satisfechas con la atención suministrada por parteras o médicos clínicos. Si bien la reducción del número de consultas puede producir buenos resultados en cuanto a la salud de las pacientes, también puede generar un menor nivel de satisfacción por parte de las mujeres con respecto a la atención recibida.



ANTECEDENTES

Los programas de control prenatal, tal como se aplican actualmente, están basados en los modelos desarrollados en Europa durante las primeras décadas del siglo pasado. La esencia de los programas actuales es muy similar al de estos primeros modelos. No obstante, a medida que el conocimiento y la tecnología médica han evolucionado, se han incorporado nuevas tecnologías al control prenatal de rutina, especialmente en los procesos de detección. Lamentablemente, en muchos casos la introducción de estos nuevos componentes, así como la determinación del momento oportuno para la realización de las consultas, no estuvo acompañada de una evaluación científica adecuada ni de evidencia concreta en cuanto a sus beneficios. No se ha evaluado con criterio científico la significancia de la frecuencia de las consultas prenatales y los intervalos entre las mismas. Es posible que estas consultas se hayan transformado en un rito, en lugar de formar parte de un programa racional de atención de la salud.

Aunque se parta de la noción de que el control prenatal aporta beneficios para la salud, aún no se ha podido definir con claridad de qué manera este tipo de atención logra prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. De los procedimientos que suelen llevarse a cabo, pocos tienen un impacto significativo sobre la morbimortalidad, y algunos quizás no tengan efecto alguno. Otros procedimientos pueden tener un impacto siempre que se incorporen determinados elementos en forma simultánea.

La presencia de distintos efectos en diversas poblaciones dificulta aún más la evaluación del control prenatal.

Los estudios observacionales suelen demostrar que las mujeres que reciben control prenatal la mortalidad materna y perinatal es menor y los resultados del embarazo son mejores. Estos estudios también permiten establecer una relación entre el número de consultas prenatales y la edad gestacional al inicio del control y los resultados del embarazo luego de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación. Debido a este efecto de dosis-respuesta, los programas de control prenatal procuran aumentar la frecuencia de los controles, sin tener en cuenta que las mujeres de bajo riesgo suelen realizar consultas prenatales más tempranamente durante los primeros meses de embarazo. En los últimos años, además de la frecuencia de las consultas y los intervalos entre las mismas, la atención estuvo centrada en los elementos esenciales del programa de control prenatal, a fin de evitar que la calidad se vea afectada por la importancia asignada a la cantidad. También se ha sugerido que quizás se puede brindar una atención más efectiva pero menos consultas "orientadas a un objetivo", especialmente centradas en los elementos del control prenatal científicamente comprobados como efectivos y que tengan un impacto sobre los resultados.

Además, la determinación de las personas "que pueden o deben brindar control prenatal" es un tema sobre el cual se ha generado un amplio debate en los últimos tiempos. Se ha extendido la aplicación de programas dirigidos por parteras o la prestación

del control prenatal por prestadores de salud que no son tocoginecólogos, aunque se cuenta con poca evidencia sobre su efectividad clínica y se han realizado pocos estudios sobre la respuesta de las mujeres y de los prestadores de salud a dichas estrategias. Sin embargo, la consecuencia económica de estos programas, que aún no se ha evaluado, constituye un factor importante para su implementación, no sólo en los países en vías de desarrollo sino también en las regiones desarrolladas e industrializadas.

Por nuestra parte, consideramos que la clave, en este sentido, no es el aumento ni la reducción del control prenatal, sino la implementación de aquellas actividades que demostraron ser efectivas y en función de las cuales se debe planificar la frecuencia de los controles y el tipo de prestador. Para obtener resúmenes actualizados de las revisiones sistemáticas sobre la efectividad de los distintos componentes del control prenatal, véase Villar 1997a; Bergsjö 1997; Gülmezoglu 1997; de Onis 1998; Villar 1998; Carroli 2001a.

En esta revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados evaluamos la hipótesis de que es posible obtener resultados clínicos similares con los programas de control prenatal con menor número de consultas y el control prenatal dirigido por prestadores de salud que no son obstetras.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad clínica y la percepción de satisfacción (tanto por parte de los prestadores de salud como de las mujeres que reciben el control prenatal) de los programas de control prenatal para embarazos de bajo riesgo, mediante el análisis de todos los estudios clínicos controlados aleatorizados que se llevaron a cabo con el objeto de evaluar y comparar los distintos programas. Los dos componentes del control prenatal que se evaluaron, y que constituyen el núcleo de esta revisión, son los siguientes:

la frecuencia de las consultas para el control prenatal, a fin de comparar un programa basado en un número reducido de consultas con el programa estándar de consultas prenatales, y, el tipo de prestador de salud, es decir, los programas de control prenatal administrados por prestadores que no son tocoginecólogos y el control prenatal administrado en forma conjunta por obstetras y ginecólogos.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Todos los estudios clínicos controlados aleatorizados que se escogieron como candidatos y que compararon los programas de control prenatal con consultas de distinta frecuencia y diversos tipos de prestadores de salud.

Tipos de participantes

Embarazadas que reciben control prenatal en consultorios y que, según diferentes criterios, presentan un bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto.

Tipos de intervención

Implementación de un programa de control prenatal basado en un menor número de consultas, con o sin objetivos establecidos, en relación con el programa estándar de consultas prenatales.

Control prenatal dirigido por prestadores que no sean obstetras o ginecólogos, comparado con el conducido por estos profesionales.

Tipos de medidas de resultado

Las medidas de resultado analizadas en esta revisión son los resultados clínicos a nivel materno, fetal y neonatal. También se analizaron, como resultados importantes para la revisión, la efectividad del control prenatal desde el punto de vista económico y la evaluación de la respuesta al control prenatal por parte de las mujeres y de los prestadores de salud que participaron en los estudios clínicos. A continuación se incluye la lista resumida de los resultados:

parto prematuro (< 37 semanas), preeclampsia, anemia, infección urinaria, cesárea, inducción del trabajo de parto, hemorragia anteparto, hemorragia postparto, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, mortalidad perinatal, mortalidad materna y costo efectividad, además de las variables que permiten comprobar la respuesta de las mujeres y los prestadores de salud al tipo de atención brindada.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Pregnancy and Childbirth Group) en su totalidad. La lista completa de revistas y actas de congresos, al igual que las estrategias de búsqueda para las bases de datos electrónicas, que utiliza el Grupo en representación de sus revisores, se describe detalladamente en la sección "Estrategias de búsqueda para la identificación de estudios" dentro de la información editorial sobre el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Pregnancy and Childbirth Group). En síntesis, el Grupo realiza búsquedas periódicamente en MEDLINE, el Registro Cochrane de Estudios Clínicos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register) y revisa los índices de temas de otras 38 revistas relevantes recibidas por medio de ZETOC, un servicio electrónico de concienciación actual.

Los estudios clínicos relevantes, identificados a través de la estrategia de búsqueda del Grupo, se ingresan en el Registro Especializado de Estudios Clínicos Controlados (Specialised Register of Controlled Trials) del Grupo Cochrane. Para obtener más información, véase los datos del Grupo de Revisión

(Review Group). El registro de estudios clínicos del Grupo de Revisión se verificó por última vez en mayo de 2001.

Además de asegurarse que la revisión incluyera todos los estudios relevantes del registro, los revisores consideraron la posibilidad de usar estrategias adicionales apropiadas, como las listas de referencia de las comunicaciones personales y los trabajos obtenidos, para no omitir ningún estudio.

Los autores se comunicaron con los investigadores principales de los estudios clínicos incluidos para obtener datos de los resultados relevantes que no se presentaron en la publicación original.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Tres de los autores extrajeron los datos de cada publicación en forma independiente y los analizaron en forma conjunta antes de realizar el análisis, sin cegar el tratamiento, los autores, ni los resultados de los estudios. Se asignó un puntaje de calidad a los estudios clínicos individuales utilizando los criterios que se describen en la sección seis del Manual Cochrane (Cochrane Handbook) (Clarke 2000).

Se incluyen tres estudios clínicos en el meta análisis del "número de consultas prenatales" en el que la unidad de la aleatorización fue "clínica" más que "individual". En algunos resultados realizamos análisis combinados y análisis estratificados por unidad de aleatorización (Fawzi 1993).

Los resultados agrupados y estratificados se presentan como odds ratios típicos con intervalos de confianza del 95% en el caso de los resultados biomédicos y como diferencia de porcentaje con intervalos de confianza del 95% para medir resultados relacionados con la percepción de la atención. En ambos casos, se utilizó un modelo de efectos fijos, dado que deseábamos extraer conclusiones sobre los estudios reunidos y no había una marcada heterogeneidad entre los estudios en relación con los resultados analizados (Berlin 1997). Se utilizaron odds ratios para medir la efectividad de la intervención y las diferencias de porcentaje cuando la evaluación del impacto de la intervención en términos de una medida absoluta era más relevante.

El análisis de los estudios clínicos de aleatorización por grupos requiere técnicas analíticas especiales que tienen en cuenta la variación entre grupos (Cornfield 1978; Donner 2000). Dos de los tres estudios clínicos de aleatorización por grupos fueron totalmente aleatorizados (Munjanja 1996; Majoko 1997), y el tercero adoptó un diseño estratificado (Villar 2001). Utilizamos el método de agrupación de Woolf (Donner 1993) a fin de obtener el odds ratio combinado y el correspondiente intervalo de confianza del 95% para estos estudios. Este método consiste en la introducción de factores de inflación de la variancia en las ponderaciones de los estratos junto con el logaritmo de los odds ratios específicos de cada estrato en la fórmula clásica de cálculo de Woolf. Para calcular los factores de inflación de la

variancia que este método requiere, utilizamos los tamaños reales de los grupos de cada estudio y un coeficiente común de correlación intraclase para todos los estudios aleatorizados por grupos, diferente para cada variable de resultado, obtenido de uno de los tres estudios (Villar 2001) que se han publicado (Piaggio 2001). A fin de obtener las estimaciones combinadas para todos los estudios clínicos y combinar estos estudios en un meta análisis, utilizamos el mismo procedimiento que se describió anteriormente, con factores de inflación de la variancia iguales a uno para los estudios clínicos de aleatorización individual (Donner 2001). Para obtener la diferencia de porcentaje y los correspondientes intervalos de confianza del 95%, utilizamos porcentajes por grupos, considerados como una variable continua. De esta manera, se combinaron las diferencias de la ponderación de los dos estudios clínicos mediante la variancia inversa de la diferencia. Para el estudio clínico en el que no se tuvo en cuenta la variancia entre grupos (Munjanja 1996), realizamos una inflación de la variancia de la diferencia mediante el factor de aumento de variancia antes de la combinación.

Se evaluó la homogeneidad entre estudios clínicos individuales mediante el uso de la prueba de chi cuadrado (Clarke 2000). Para los estudios clínicos de aleatorización por grupos, se llevó a cabo una prueba de homogeneidad de los odds ratios según lo descrito por Fleiss (Fleiss 1981), y se modificó dicha prueba para incluir el diseño de aleatorización por grupos. Para evaluar la homogeneidad de las diferencias de porcentaje, se realizó una prueba de chi cuadrado (Petitti 2000). Se evaluó el sesgo de publicación mediante la aplicación de la prueba de Egger (Egger 1997) y la evaluación del gráfico en embudo (Villar 1997b).

Escogimos 1,2 como el valor máximo de los odds ratios considerado como compatible con la conclusión de que el número reducido del modelo de consultas prenatales es estadísticamente equivalente al modelo occidental estándar de consultas prenatales (Donner 1998). Se estimó clínicamente que este valor era relevante para los resultados que tuvieron una prevalencia de alrededor del 10%. Por lo tanto esperamos tener suficientes pruebas para responder con seguridad la principal hipótesis sobre el bajo peso al nacer.

Para el meta análisis del tipo de prestador de salud, realizamos análisis combinados utilizando odds ratios y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se incluyeron siete estudios clínicos que evaluaban el número de consultas. Cuatro de ellos se llevaron a cabo en países desarrollados (estudios clínicos de aleatorización individual) y el resto se realizó en países en vías de desarrollo (estudios clínicos de aleatorización por grupos).

Tres estudios clínicos que se realizaron en países desarrollados evaluaban el tipo de prestador de la atención. Uno de ellos se

centró en la efectividad de las estrategias desde el punto de vista económico (Giles 1992). La tabla de los estudios incluidos contiene información detallada sobre los estudios individuales.

CALIDAD METODOLÓGICA

Metodología: los autores seleccionaron una serie de criterios incluidos en una revisión metodológica publicada como artículo (Villar 1996) y en las recomendaciones del Manual de la Biblioteca Cochrane (Cochrane Library Handbook) (Clarke 2000). A continuación se enumeran los criterios seleccionados: generación de la aleatorización, ocultamiento de la asignación, cegamiento de la evaluación de los resultados, cegamiento de los prestadores de salud, cegamiento del receptor del tratamiento, contaminación en el grupo control, sesgo de selección posterior al ingreso o sesgo de desgaste, cointervención y desvío del protocolo. Se evaluaron todos los estudios clínicos de manera individual. Cada criterio se calificó como cumplido, no cumplido o poco claro, y tres de los autores tomaron las decisiones por consenso. Sin embargo, debe recordarse que, dada la naturaleza de las intervenciones que se evaluaron, no fue posible realizar un cegamiento del prestador de salud o del receptor del tratamiento. Por consiguiente, en todos los estudios no se cumplieron dos de los criterios establecidos. Además, en la mayoría de los estudios clínicos la probabilidad de cointervenciones y la desviación del protocolo era mayor que en los estudios clínicos terapéuticos clásicos debido a la gran cantidad de prestadores individuales, la amplia variabilidad en el contenido inicial del control prenatal y los protocolos para el tratamiento de patologías asociadas.

Los autores evaluaron la calidad metodológica de los estudios incluidos agrupándolos según el tipo de intervenciones.

A. Estudios clínicos que evaluaron "la frecuencia adecuada de los controles prenatales".

Siete estudios evaluaron y compararon la efectividad de los modelos de control prenatal, es decir, i) los programas basados en un menor número de consultas, con o sin objetivos establecidos (grupo experimental) y ii) el programa estándar de consultas (grupo control). En general, se considera que la calidad metodológica de seis de los siete estudios incluidos es aceptable, con un riesgo moderado de sesgo. Un estudio clínico (Binstock 1995) presenta una pobre calidad metodológica y un alto riesgo de sesgo. Los motivos son los siguientes: en primer lugar, el método de aleatorización se basó en la fecha de nacimiento de las madres y la asignación se realizó según un criterio "ad hoc", que produjo un tamaño muestral desbalanceado. En segundo lugar, hubo un alto porcentaje de pérdidas de seguimiento (alrededor del 30% del tamaño muestral total). Por último, uno de los factores más importantes fue el hecho de que los prestadores de salud de la rama de intervención también participaron en la combinación de prestadores a cargo del control prenatal en la rama control del estudio. El estudio clínico de Binstock (Binstock 1995) también presentó altos porcentajes de pérdidas de seguimiento (29% en el grupo

intervención y 24% en el grupo control). En el estudio de McDuffie (McDuffie 1996), se produjo alrededor de un 16% de pérdidas de seguimiento en cada grupo. El resto de los estudios clínicos presentó bajos porcentajes de pérdidas de seguimiento: en el estudio de Sikorski (Sikorski 1996), el cinco por ciento en el grupo intervención y el dos por ciento en el grupo control; en el estudio de Munjanja (Munjanja 1996), el tres por ciento en ambos grupos; y en el estudio de Villar (Villar 2001), alrededor del dos por ciento en ambos grupos. Un estudio clínico, el de Majoko (Majoko 1997), sólo se presentó como resumen, y no se informaron los porcentajes de pérdida de seguimiento.

B. Los estudios clínicos que evaluaban la pregunta "¿quién debe brindar el control prenatal?"

Tres estudios clínicos de este tipo presentaron una calidad metodológica aceptable y un riesgo de sesgo entre bajo y moderado. Si bien no fue posible realizar un cegamiento de los prestadores de salud ni de quienes recibieron el tratamiento, en todos estos estudios se cumplieron entre cuatro y seis de los ocho criterios metodológicos establecidos.

RESULTADOS

[Para visualizar los detalles de los resultados que no se exhiben dentro de la Biblioteca Cochrane, visite <http://www.liv.ac.uk/lstm/nwc-pc1.html>.]

¿CUAL ES LA FRECUENCIA ADECUADA DE LOS CONTROLES PRENATALES?

1. ¿Existió la intervención en realidad?

Dos estudios clínicos (Munjanja 1996; Villar 2001) mostraron una reducción clínicamente significativa del promedio de consultas (de seis consultas en el grupo atención estándar a cuatro en el grupo intervención en el primer estudio, y de ocho consultas en el grupo control estándar a cuatro en el grupo intervención en el segundo estudio). Estas reducciones del número de consultas son proporcionalmente significativas en los países en vías de desarrollo, donde debe tenerse en cuenta que en los servicios de salud pública no se pueden lograr mayor número de consultas prenatales. Ambos estudios también incluyeron actividades con objetivos establecidos, en las cuales se priorizó la realización de intervenciones efectivas por sobre las actividades convencionales de rutina. En los otros cinco estudios clínicos, la reducción fue muy pequeña, y en algunos casos no se produjo ninguna reducción. Por lo tanto, estos resultados no fueron relevantes para la atención de la salud. En los cuatro estudios clínicos realizados en países desarrollados, no se cumplió estrictamente con el número recomendado de consultas en cualquiera de los grupos de estudio. Este dato es importante, especialmente en aquellos estudios en los que no se prevén diferencias entre los grupos. Si en las dos ramas del estudio se aplican tratamientos similares, es de esperar que los resultados también lo sean. En resumen, la diferencia entre ambas ramas de estos estudios clínicos fue mínima, y no se ha

determinado claramente si verdaderamente se trataba de una intervención.

2. Resultados biológicos:

la intervención no presenta efectos diferenciales cuando se combinan los resultados relativos de bajo peso al nacer (odds ratio total [ORT]: 1,04; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,93 a 1,17). Se observa el mismo patrón en los estudios clínicos de aleatorización individual (ORT: 1,00; IC 95%: 0,80 a 1,25) y los estudios de aleatorización por grupos (ORT: 1,05; IC 95%: 0,92 a 1,21). Realizamos un análisis de sensibilidad por calidad metodológica, excluyendo al estudio clínico de Binstock, a partir del meta análisis global (ORT: 1,04; IC 95%: 0,93 a 1,17) y los estudios clínicos de aleatorización individuales (ORT: 0,98; IC 95%: 0,78 a 1,24), y no se observaron cambios sustanciales. En cuanto a la preeclampsia, el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas presenta odds ratios similares a los del modelo estándar de consultas prenatales cuando se combinan todos los estudios clínicos (ORT: 0,91; IC 95%: 0,66 a 1,26). Al realizar una estratificación para los estudios clínicos de aleatorización individual y por grupos, el patrón de resultados no varía. Nuevamente, realizamos un análisis de sensibilidad por calidad metodológica, excluyendo al estudio clínico Binstock 1995, a partir del meta análisis global (ORT: 0,90; IC 95%: 0,66 a 1,24) y el meta análisis de estudios de aleatorización individuales (ORT: 0,88; IC 95%: 0,63 a 1,23), con los mismos resultados. Con respecto a la anemia postparto severa (OR: 1,01) y la infección urinaria (odds ratio [OR]: 0,93; IC 95%: 0,79 a 1,10), sólo el estudio clínico de Villar 2001 presenta resultados significativos, con odds ratios similares en ambas ramas del estudio. El OR para la anemia postparto severa debería analizarse cuidadosamente, porque existe heterogeneidad entre los distintos centros participantes en el estudio y, por lo tanto, no se calcularon los intervalos de confianza. El meta análisis para medir la mortalidad perinatal indica un ORT: 1,06; IC 95%: 0,82 a 1,36. Los estudios clínicos de aleatorización individual presentaron un ORT de 0,89; IC 95%: 0,45 a 1,79; y el meta análisis de estudios de aleatorización por grupos mostró un ORT de 1,07; IC 95%: 0,82 a 1,39.

En cuanto a la mortalidad materna, dos estudios clínicos de aleatorización individual (McDuffie 1996; Sikorski 1996) presentaron como resultado una muerte materna en 2.405 partos en el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas y ninguna muerte materna en 2.449 partos en el modelo estándar de consultas prenatales. Otros dos estudios de aleatorización por grupos (Munjanja 1996; Villar 2001) indicaron que se produjeron 13 muertes maternas en 21.962 partos en el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas y objetivos establecidos y 11 muertes en 18.095 partos en el modelo estándar de consultas prenatales (ORT: 0,87; IC 95%: 0,50 a 1,50). El meta análisis global revela un ORT: 0,91 con un IC 95%: 0,55 a 1,51 (prueba de homogeneidad $p = 0,99$).

Los resultados de los grupos intervención y control también fueron muy similares en el resto de las mediciones, como en el caso de los resultados relativos a la hemorragia anteparto (ORT: 1,25; IC 95%: 0,83 a 1,88), la inducción del trabajo de parto (ORT: 0,97; IC 95%: 0,82 a 1,15), la cesárea (ORT: 0,98; IC 95%: 0,86 a 1,11), la hemorragia postparto (ORT: 0,97; IC 95%: 0,84 a 1,12), el parto prematuro (ORT: 1,05; IC 95%: 0,93 a 1,19), el neonato pequeño para la edad gestacional (ORT: 0,96; IC 95%: 0,82 a 1,12) y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (ORT: 0,96; IC 95%: 0,75 a 1,23).

3. Resultados de satisfacción:

La combinación de los resultados de los estudios de aleatorización por grupos e individual produjo una amplia heterogeneidad estadística en la mayoría de las variables utilizadas para describir la satisfacción ante la atención recibida (calidad del control prenatal, $p = 0,09$; frecuencia de las consultas $p = 0,000$; preguntas respondidas/dudas atendidas $p = 0,17$; duración de la consulta $p = 0,002$; elección del mismo programa $p = 0,02$). Por lo tanto, decidimos no combinar los dos tipos de estudios clínicos. Luego estratificamos los meta análisis en estudios de aleatorización individual y por grupos.

En los estudios clínicos de aleatorización individual que se llevaron a cabo en países desarrollados, el análisis de la calidad del control prenatal, la frecuencia de las consultas, las preguntas respondidas y dudas atendidas por los prestadores de salud y la duración de la consulta demostró que las mujeres estaban menos satisfechas con el modelo basado en un menor número de consultas prenatales. También hallamos heterogeneidad clínica y estadísticamente significativa (prueba de homogeneidad: $p < 0,01$) entre tres estudios en relación a satisfacción con respecto a la frecuencia de las consultas. Por consiguiente, realizamos un análisis de sensibilidad por calidad metodológica, excluyendo al estudio clínico que presentaba una alta probabilidad de sesgo (Binstock 1995). Luego del análisis (prueba de homogeneidad: $p = 0,47$), no se modificó la dirección del efecto, pero aumentó su magnitud (diferencia de riesgo [DR]: -16%; IC 95%: -19% a -12%). En el estudio clínico que incluyó la variable relativa a la calidad de atención desde el punto de vista de las participantes, no se observaron diferencias entre los dos modelos (Binstock 1995). El número de mujeres que elegiría el mismo plan de consultas en el futuro es mayor (DR: 7%; IC 95%: 3,4% a 11,9%) en el modelo con menos consultas prenatales que en el modelo estándar.

Cuando se analizaron los estudios clínicos de aleatorización en grupos, los resultados del análisis de los estudios clínicos de aleatorización en grupos no mostraron evidencia de diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de satisfacción de las mujeres, aunque un mayor número de participantes del modelo de control prenatal con un número reducido de consultas presentó un leve grado de insatisfacción con respecto a la frecuencia de las consultas en el único estudio clínico que incluyó este resultado (Villar 2001). Por el contrario un número mayor de mujeres se mostró satisfecha con la duración de la

consulta en el modelo de un número reducido de consultas prenatales.

Sólo el estudio clínico de Villar (Villar 2001) informó sobre la opinión de los prestadores de salud con respecto al control prenatal, y los resultados de este estudio demuestran el mismo nivel de satisfacción en cuanto al número de consultas (grupo intervención: 68,5%; grupo control: 64,5%) y a la información suministrada en el nuevo modelo, pero también se indica que los prestadores de salud se mostraron más satisfechos con la duración de las consultas (grupo intervención: 85,9%; grupo control: 69,5%).

4. Resultados de costos:

dos estudios (Villar 2001; Sikorski 1996) incluyeron una evaluación de las implicaciones económicas de los dos modelos de control prenatal. El estudio clínico Villar 2001 realizó análisis económicos minuciosos en dos (Cuba y Tailandia) de los cuatro países que participaron. Los resultados globales demuestran que los costos por embarazo para las mujeres y los prestadores de salud fueron más bajos en el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas que en el modelo estándar. En Cuba y Tailandia se hallaron las siguientes diferencias de costo para los prestadores de salud: diferencia media: -71,4 dólares estadounidenses (IC 95%: -148,8 a 2,5) y diferencia media: -38,9 dólares estadounidenses (IC 95%: -46,3 a 30,9) respectivamente, a favor del modelo de control prenatal con un número reducido de consultas. Para las mujeres, los costos en efectivo del nuevo modelo también fueron más bajos en ambos países: Cuba (diferencia media: -68 dólares estadounidenses; IC 95%: -144,0 a 7,7) y Tailandia (diferencia media: -6,5 dólares estadounidenses; IC 95%: -10,8 a -2,19). En el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas, el promedio de duración de las consultas para las mujeres fue menor tanto en Cuba (diferencia media: -9,1 horas, IC 95%: -13,5 a -4,7) como en Tailandia (diferencia media: -14,9 horas, IC 95%: -18 a 11,8).

Henderson y col. (Henderson 2000) publicaron un análisis económico en el que utilizaron los datos obtenidos en el estudio clínico de Sikorski 1996. Este estudio sólo analizó los costos para los Servicios Nacionales de Salud. En el modelo basado en un menor número de consultas, los costos del control prenatal fueron más bajos (£225) que en el modelo occidental estándar de consultas (£ 251), pero aumentaron los costos relacionados con la duración de la internación de los recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos (de £126 en el modelo occidental estándar de consultas prenatales a £181 en el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas). Este aumento se debió a que el modelo basado en un menor número de consultas prenatales presentó un mayor porcentaje, que no fue estadísticamente significativo, de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales (3,5%), en relación con el modelo occidental estándar de consultas prenatales (3,2%), así como un mayor promedio de duración de las internaciones (resultado que tampoco fue estadísticamente significativo). Si

los análisis se restringen a las variables que revelan las diferencias estadísticamente significativas entre las ramas del estudio, se comprueba que el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas tiene un costo global de £25 menos que el modelo estándar de consultas.

5. Resultados del proceso:

Se hallaron pocos estudios clínicos que presentaran datos sobre los indicadores del uso del servicio. No se observaron diferencias entre los grupos intervención y control en cuanto al uso de exámenes de diagnóstico prenatal o de otros servicios médicos. El promedio de ecografías realizadas fue similar en los dos estudios clínicos que aportaron dicha información.

6. Resultados a largo plazo:

Un seguimiento a largo plazo de las mujeres incluidas en el estudio de Sikorski 1996 de 2,7 años posteriores al parto fue dado a conocer por (Clement 1999). Sólo el 60% del total de las participantes (1.117 mujeres) completó el estudio. No se observaron diferencias entre los grupos respecto a la relación madre-hijo, el estado psicológico de la madre, el uso del servicio de salud por la madre y su hijo, la conducta materna en lo relativo a la salud y las nociones de la madre sobre su salud y la de su hijo.

¿QUIEN DEBERIA PROPORCIONAR CONTROL PRENATAL?

1. ¿Existió la intervención en realidad?

La intervención se implementó en las dos ramas de los estudios clínicos sin que se produjeran desvíos importantes del protocolo, y se observaron claras diferencias en cuanto a los patrones de prestadores de salud en los distintos grupos.

2. Resultados biológicos:

no se observaron diferencias entre la atención por parte de parteras o médicos clínicos y el control prenatal brindado en forma conjunta por obstetras/ginecólogos en cuanto a diversas variables de resultado, incluida la cesárea, la anemia, la infección urinaria y la hemorragia postparto. Se observa una tendencia hacia la disminución del índice de partos prematuros y de hemorragia anteparto, aunque el límite superior del intervalo confianza del 95% cruza la unidad. Un dato que puede resultar interesante es la tendencia hacia la reducción de la mortalidad perinatal en el grupo control prenatal por partera o un médico clínico. Por otro lado, en este grupo también se observó un mayor porcentaje de presentaciones fetales anormales que no se detectaron. Un resultado imprevisto fue la reducción estadísticamente significativa de los índices de hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia en el grupo control prenatal administrado por una partera o un médico clínico, en relación con el grupo atención estándar, en los tres estudios clínicos. Esta consistencia destaca una menor incidencia o falla de detección.

3. Resultados de satisfacción:

en términos generales, aparentemente la satisfacción con la atención brindada por parteras o médicos clínicos fue similar o mayor (en algunas variables) que en los programas de atención conjunta de obstetras/ginecólogos.

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática hemos investigado dos aspectos no resueltos del control prenatal para embarazos de bajo riesgo. En primer lugar, la frecuencia de consultas para el control prenatal. En segundo lugar, la factibilidad de contar con consultorios de parteras y médicos clínicos, en lugar de consultorios de obstetras y ginecólogos.

Seleccionamos a priori una serie de resultados relevantes, identificados como problemas de salud considerables, en estrecha relación con el control prenatal. Sin embargo, los resultados seleccionados para la revisión no siempre coinciden con los resultados primarios que se identificaron en los estudios clínicos individuales o se informaron en cada uno de los estudios. Esta diferencia responde al hecho de que el control prenatal incluye numerosas actividades y distintos tipos de intervenciones con el objeto de mejorar diversos eventos. Por lo tanto, diferentes investigadores seleccionaron diferentes variables como resultados primarios o secundarios.

Tenemos la certeza de que existen pocas posibilidades que nuestra revisión sistemática presente sesgo en la publicación. Realizamos una búsqueda sistemática y amplia de las publicaciones disponibles y consultamos a los investigadores que trabajan en este campo. El resultado de la evaluación estadística y gráfica del sesgo de publicación tampoco indicó la presencia de este riesgo.

En general, la calidad de los estudios clínicos fue aceptable, con un riesgo de sesgo de bajo a moderado, a excepción del estudio de Binstock 1995, que presentó una alta probabilidad de sesgo. También realizamos un análisis de sensibilidad de todos los estudios, exceptuando al estudio mencionado, con resultados similares. Cabe destacar que, dado que se trata de estudios clínicos pragmáticos, sin cegamiento, se prevé cierto grado de desvío del protocolo, contaminación y cointervención.

Nuestro meta análisis incluyó estudios clínicos que utilizaron a la persona como unidad de aleatorización (estudios clínicos de aleatorización individual) y los que utilizaron centros (estudios clínicos de aleatorización por grupos). Presentamos meta análisis tanto combinados como estratificados de los dos tipos de estudios clínicos. Al combinar las odds ratios o las diferencias de porcentaje de los estudios clínicos de aleatorización por grupos, tuvimos en cuenta la variancia entre grupos. Se ajustó el estudio de Fawzi (Fawzi 1993) para medir el efecto por grupos mediante un 30% arbitrario de la variancia de la estimación combinada de odds ratios (en la escala logarítmica). Luego decidimos utilizar una estimación del coeficiente de correlación intraclase para calcular los factores de inflación de la variancia (Donner 1993), aunque este

procedimiento estuvo limitado porque esta estimación estaba basada en un único estudio clínico (Donner 1998).

Estratificamos los meta análisis en estudios clínicos de aleatorización individual y por grupos debido a que, además de las diferentes unidades de aleatorización, el modelo de control prenatal con un número reducido de consultas contaba con diversos objetivos establecidos, mientras que en los estudios clínicos de aleatorización individual el único objetivo fue la reducción del número de consultas. Además, los dos tipos de estudios clínicos también incluyeron diferentes métodos de implementación de la intervención (clasificación por consultorio versus programa individual), lugares en que se realizaron los estudios (países en vías de desarrollo versus países desarrollados), reducciones proporcionales del número de consultas (grande versus pequeña) y tamaños muestrales (gran número de pacientes versus número reducido de pacientes).

El objetivo de los estudios clínicos de equivalencia consiste, al igual que en esta revisión, en la demostración de que la efectividad de los grupos intervención y control es equivalente, en contraste con los estudios clínicos de superioridad, que se ocupan de comprobar la superioridad del nuevo tratamiento en relación con el tratamiento existente o el uso de placebo. Al realizar estudios clínicos de equivalencia, debe tenerse en cuenta el hecho de que, cuando se implementan intervenciones similares en las dos ramas del estudio, existe una alta probabilidad de que los resultados también sean similares. Los resultados de los estudios clínicos realizados en países desarrollados, especialmente en dos casos (McDuffie 1996; Sikorski 1996), demuestran claramente que la reducción proporcional del número de consultas fue muy baja. Resulta poco probable que, en países desarrollados donde la norma de atención consiste en un número de entre 11 y 14 consultas, la diferencia absoluta entre dos o tres consultas para el control prenatal sea clínicamente significativa. Por otro lado, los dos estudios que incluyeron el mayor número de pacientes y se realizaron en países en vías de desarrollo (Munjanja 1996; Villar 2001) presentaron una reducción del número de consultas proporcionalmente mayor. Esta reducción tiene una gran relevancia desde el punto de vista clínico y de la salud pública, especialmente para aquellos países en vías de desarrollo en los que los recursos son escasos y deben asignarse con la mayor efectividad posible. Al mismo tiempo, los resultados de estos estudios clínicos confirman que dicha reducción no está asociada a un aumento de resultados adversos primarios maternos y perinatales.

En general, logramos demostrar equivalencia en cuanto al bajo peso al nacer dentro del margen del criterio preestablecido. Al estratificar los meta análisis por unidad de aleatorización, comprobamos que los resultados tienen el mismo patrón y son similares desde el punto de vista clínico, aunque no podemos demostrar la equivalencia debido a la reducida potencia estadística de dichos resultados. Si bien no hallamos una equivalencia estadística en cuanto a la preeclampsia dentro del margen establecido para el bajo peso al nacer (aumento del

20%), el límite superior del intervalo de confianza del 95% (aumento del 26%) se acerca mucho a este margen, teniendo en cuenta que el aumento corresponde a una prevalencia basal de entre el tres y el cuatro por ciento. Además, el tamaño muestral para la preeclampsia sólo garantizó un cálculo de potencia estadística del 63% para la demostración de equivalencia.

La evaluación de la respuesta de las mujeres de la atención provista en los estudios clínicos de aleatorización individual realizados en países desarrollados reveló una insatisfacción general con respecto al modelo de un número reducido de consultas prenatales, si bien también se indicó que un mayor número de mujeres están dispuestas a elegir este modelo nuevamente. En los países en vías de desarrollo, las mujeres asignadas al modelo de control prenatal con un número reducido de consultas mostraron preocupación con respecto a la frecuencia de las consultas, aunque el nivel de satisfacción fue, en términos generales, equivalente al registrado con respecto al modelo estándar de consultas prenatales. Cabe destacar que, en uno de los estudios clínicos (Sikorski 1996), entre el 30% y el 37% de las participantes no respondió el cuestionario sobre la satisfacción de las mujeres con respecto a la atención ofrecida. La insatisfacción pudo estar relacionada, en cierta medida, con las expectativas de las participantes, especialmente en los países desarrollados. No existe evidencia que permita suponer que se produciría el mismo nivel de insatisfacción si el nuevo modelo de control prenatal se convirtiera en la norma de atención. Además, algunos de los indicadores de aceptabilidad usados, los valores medios de un posible reconocimiento de puntaje de 0 a 5 ó de 0 a 21 en otros aspectos, son difíciles de interpretar aunque fueron estadísticamente significativos, debido a las pequeñas diferencias que verdaderamente se vieron entre los grupos.

Con respecto a la evaluación económica, los costos del modelo de control prenatal con un número reducido de consultas fueron generalmente más bajos que los del modelo estándar de consultas prenatales en el estudio clínico de Villar 2001. En el caso del estudio de Sikorski 1996, la evaluación económica se realizó como análisis secundario mediante el uso de los datos correspondientes a los costos por unidad, que se obtuvieron en diversas fuentes externas. La limitación más importante de este análisis es que no se incluyen los costos para las mujeres, tales como los costos de transporte y del cuidado de niños, componentes que probablemente se modificarían al reducir el número de consultas prenatales. Los costos del modelo de control prenatal con un número reducido de consultas fueron más bajos desde el punto de vista de los servicios nacionales de salud, tanto a nivel global como en el análisis de las variables relativas a las diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, el costo correspondiente al control prenatal fue más alto en este grupo. En el análisis global resulta difícil determinar la plausibilidad del efecto de una reducción de dos consultas para el control prenatal (de 10 a 8 consultas), cuyo resultado fue el aumento, sin significancia estadística, de los ingresos a

la unidad de cuidados intensivos neonatales y de la duración de las hospitalizaciones, especialmente cuando no se produjeron efectos diferenciales en los resultados neonatales del estudio clínico. En resumen, es muy probable que el modelo de consultas prenatales no represente un ahorro en los costos para los prestadores de salud; sin embargo, con este modelo las mujeres podrían dedicar más tiempo y energía a otras actividades más útiles, y se dispondría de personal e instalaciones para otras actividades.

Debe recordarse que el objetivo del control prenatal es la realización de intervenciones apropiadas para la detección, prevención o administración de tratamiento. Por lo tanto, el número de consultas debería determinarse en función del momento oportuno para la implementación de estas intervenciones durante el embarazo. Los resultados de la revisión sistemática indican que estas intervenciones efectivas pueden realizarse en un número menor de consultas que el actualmente recomendado, sin que se produzca un aumento clínicamente significativo del riesgo de resultados adversos.

El otro objetivo de nuestra revisión fue evaluar estudios clínicos que preguntaban quién podría o debería brindar el control prenatal a mujeres de bajo riesgo. Los estudios clínicos controlados aleatorizados sobre el control prenatal de rutina administrado por parteras o médicos clínicos fueron comparables a los de la atención conjunta de obstetras y ginecólogos. Sin embargo, en el control prenatal proporcionado por parteras o médicos clínicos, los índices de hipertensión inducida por el embarazo y de preeclampsia fueron considerablemente menores que en la atención a cargo de obstetras. Asimismo, la falta de reconocimiento precoz de las presentaciones fetales anómalas por parte del grupo de parteras y médicos clínicos también puede ser debido a la falta de detección diagnóstica. No obstante, el resultado perinatal no indicó la presencia de efectos perjudiciales, dato que posiblemente refleje una efectividad clínica similar.

Además de los estudios clínicos controlados aleatorizados que se mencionaron anteriormente, identificamos un estudio cuyo objetivo fue la comparación de los resultados maternos y neonatales para determinar si el programa de control prenatal impartido por enfermeras o parteras era tan efectivo como el control estándar, impartido en forma conjunta, en relación con embarazos de bajo riesgo (Harvey 1996). Los resultados demuestran claramente la efectividad de los programas piloto de enfermeras o parteras, y los autores sostienen que debe lograrse una mayor participación de las parteras en el sistema canadiense de atención de la salud. No hemos incorporado este estudio clínico a la revisión sistemática, dado que la intervención estaba centrada en la continuidad de la atención hasta el período postparto en lugar de evaluar el tipo de prestador de salud en el período prenatal. En otro estudio clínico controlado aleatorizado de reciente publicación, se evaluó el nivel de satisfacción de las mujeres con respecto a la atención durante el trabajo de parto y parto en una unidad materna a cargo de una partera, en comparación con el nivel de

satisfacción de las mujeres atendidas por un médico especialista en una sala de partos (Hundley 1997). Si bien en este caso no se evaluó el control prenatal, los resultados demostraron que no hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto al nivel de satisfacción con respecto a la experiencia en general. Sin embargo, la satisfacción con la forma en que se manejó el trabajo de parto y parto por el personal fue levemente mejor en el grupo de la unidad donde trabajaban las parteras.

Desde una perspectiva de economía de la salud, los resultados de dos estudios clínicos (Giles 1992; Tucker 1996) muestran que el consultorio atendido por una partera es factible y que se puede lograr una reducción en los costos, lo cual es una consideración importante en los lugares de bajos recursos. También identificamos una publicación (Ryan 1997) que presentó el análisis de los datos obtenidos en un estudio clínico controlado aleatorizado (Tucker 1996) que ya se había incluido en esta revisión. El informe indicó que, en los países desarrollados, las mujeres están dispuestas a pagar por un método de atención alternativo (atención a cargo de parteras o médicos clínicos) un monto equivalente al costo de la atención estándar conjunta.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

La evidencia que estos estudios clínicos presentan permite comprobar que, en los países desarrollados que cuentan con servicios obstétricos consolidados, la reducción (de 2 consultas o menos) en el número de consultas prenatales produce buenos resultados perinatales similares a los del modelo estándar. Sin embargo, es posible que las mujeres se muestren un tanto disconformes con la reducción del número de consultas. Los dos estudios clínicos que se realizaron en países desarrollados, y en los que se logró una reducción proporcionalmente importante en el número de consultas, también apoyan esta conclusión. Por consiguiente, es posible distribuir las intervenciones, durante el embarazo, en un menor número de consultas que el recomendado, sin afectar por ello su

efectividad. Los tocoginecólogos no son los únicos profesionales capaces de brindar este tipo de atención.

De acuerdo con la evidencia disponible, el programa de cuatro consultas prenatales que se evaluó en los estudios clínicos que incluyeron a un mayor número de pacientes contiene el número mínimo de consultas que debe ofrecerse para los embarazos de bajo riesgo.

Implicaciones para la investigación

Deberían realizarse estudios clínicos en los países desarrollados a fin de lograr una mayor reducción del número de consultas en los grupos de intervención y disponer de evidencia más concreta.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los investigadores de todos los estudios clínicos que brindaron información inédita adicional, especialmente a los Dres. Jim Sikorski, Stephen Munjanja y Gunilla Lindmark. También deseamos expresar nuestro agradecimiento a la Prof. Miranda Mugford y a los Dres. Pisake Lumbiganon, Ubaldo Farnot y Per Bergsjö por sus comentarios y sugerencias en la versión preliminar de la presente revisión.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

J Villar, G Piaggio, G Carroli y D Khan-Neelofur son los autores de uno de los estudios clínicos incluidos.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- HRP- PNUD/FNUAP/OMS/BANCO MUNDIAL, SUIZA

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Binstock 1995 {sólo datos publicados}

*Binstock MA, Wolde-Tsadik G. Alternative Prenatal Care. Impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. *Journal of Reproductive Medicine* 1995;**40**:507-12.

Giles 1992 {sólo datos publicados}

*Giles W, Collins J, Ong F, MacDonald R. Antenatal care of low risk obstetric patients by midwives. A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia* 1992;**157**:158-61.

Majoko 1997 {sólo datos publicados}

Majoko F, Munjanja S, Lindmark G, Nystrom L, Mason E. A comparison of two antenatal packages in a rural area in Zimbabwe. Proceedings of the 4th International Scientific Meeting of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 1999 October 3-6; Cape Town, South Africa, 1999:2.

*Majoko F, Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L, Mason E. A study of two antenatal care models in a rural setting in Zimbabwe. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997;**76**:87.

McDuffie 1996 {sólo datos publicados}

McDuffie R, Bischoff K, Beck A, Orleans M. Does reducing the number of prenatal office visits for low-risk women result in increased use of other medical services?. *Obstetrics and Gynecology* 1997;**90**:68-70.

McDuffie RS, Beck R, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. *JAMA* 1996;**275**:847-51.

Munjanja 1996 {sólo datos publicados}

Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996;**348**:364-9.

Murira M, Munjanja SP, Zhanda I, Nystrom L, Lindmark G. Effect of a new antenatal care programme on the attitudes of pregnant women and midwives towards antenatal care in Harare. *Central African Journal of Medicine* 1997;**43**:131-5.

Sikorski 1996 {sólo datos publicados}

Clement S, Candy B, Sikorski J, Wilson J, Smeeton N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow up of participants in a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999;**106**(4):367-70.

Henderson J, Roberts T, Sikorski J, Wilson J, Clement S. An economic evaluation comparing two schedules of antenatal visits. *Journal of Health Services Research and Policy* 2000;**5**(2):69-75.

*Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996;**312**:546-53.

Tucker 1996 {sólo datos publicados}

Ratcliffe J, Ryan M, Tucker J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs care by general practitioners and community midwives. *Journal of Health Services and Research Policy* 1996;**1**(3):135-40.

*Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey C du V et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996;**312**:554-9.

Turnbull 1996 {sólo datos publicados}

Cheyne H, McGinley M, Turnbull D, Holmes A, Shields N, Greer I et al. Midwife managed care: results of a randomised controlled trial of 1299 women. *Prenatal and Neonatal Medicine* 1996;**1**(1 Suppl 1):129.

Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M, Smith LN. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 1998;**14**:85-93.

Turnbull D, Holmes A, Cheyne H, Shields N, McGinley M, McIlwaine G et al. Does midwife-led care work? The results of randomised controlled trial of 1299 women. *27th British Congress of Obstetrics and Gynaecology*. 1995:527.

*Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmour WH et al. Randomised controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet* 1996;**348**:213-8.

Villar 2001 {sólo datos publicados}

Villar J, Ba'aquel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belzian JM, Farnot U et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001;**357**:1.551-64.

Walker 1997 {sólo datos publicados}

Walker DS, Koniak-Griffin D. Evaluation of a reduced-frequency prenatal visit schedule for low-risk women at a free-standing birthing center. *Journal of Nurse-Midwifery* 1997;**42**:295-303.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Berglund 1998

Berglund AC, Lindmark GC. Health services effects of a reduced routine programme for antenatal care. An area-based study. *European Journal of Obstetric Gynecology and Reproductive Biology* 1998;**77**:193-9.

Biro 2000

Biro M, Waldenstrom U, Pannifex J. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth* 2000;**27**(3):168-73.

Chambliss 1992

Chambliss LR, Daly C, Medearis AL, Ames M, Kayne M, Paul R. The role of selection bias in comparing cesarean birth rates between physician and midwifery management. *Obstetrics and Gynecology* 1992;**80**(2):161-5.

Clement 1996

Clement S, Sikorski J, Wilson J, Das S, Smeeton N. Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery* 1996;**12**:120-8.

Flenady 1998

Flenady V. The maternity care study: a randomised controlled trial of a community midwifery service and standard shared care. *Personal communication* 1998.

Harvey 1996

Harvey S, Jarrel J, Brant R, Stainton C, Rach D. A randomised controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth* 1996;**23**:128-35.

Hundley 1997

Hundley VA, Milne JM, Glazener CMA, Mollison J. Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997;**104**:1.273-80.

Jewell 2000

Jewell D, Sanders J, Sharp D. The views and anticipated needs of women in early pregnancy. *BJOG* 2000;**107**:1.237-40.

Kitzman 1997

Kitzman H, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomised controlled trial. *JAMA* 1997;**278**:644-52.

Neilson 1998

Neilson BB, Hedegaard M, Thilsted SH, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;**105**:697-703.

Srinivasan 1995

Srinivasan V, Radhakrishna S, Sudha R, Malathi MV, Jabbar S, Ramakrishnan R et al. Randomised controlled field trial of two antenatal care packages in rural south India. *Indian Journal of Medical Research* 1995;**102**:86-94.

Waldenstrom 2000

Waldenstrom U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth* 2000;**27**(3):156-67.

Referencias adicionales

Bergsjö 1997

Bergsjö P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997;**76**:15-25.

Berlin 1997

Berlin JA. Does blinding of readers affect the results of meta-analyses?. *Lancet* 1997;**350**:185-6.

Carroli 2001a

Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001;**15** (Suppl 1):1-42.

Clarke 2000

Clarke M, Oxman AD, editors. Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 [updated June 2000]. En: Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.

Clement 1999

Clement S, Candy B, Sikorski J, Wilson J, Smeeton N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow up of participants in a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999;**106**(4):367-70.

Cornfield 1978

Cornfield J. Randomization by group: a formal analysis. *American Journal of Epidemiology* 1978;**108**:100-2.

de Onis 1998

de Onis M, Villar J, Gülmezoglu M. Nutritional interventions to prevent intrauterine growth retardation: evidence from randomised controlled trials. *European Journal of Clinical Nutrition* 1998;**52**:S83-S93.

Donner 1993

Donner A, Klar N. Confidence interval construction for effect measures arising from cluster randomization trials. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993;**43**:123-31.

Donner 1998

Donner A, Piaggio G, Villar J, Pinol A, al-Mazrou Y, Ba'aqel H et al. Methodological considerations in the design of the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1998;**12**(Suppl 2):59-74.

Donner 2000

Donner A, Klar N. *Design and analysis of cluster randomization trials in health research*. London: Arnold, 2000.

Donner 2001

Donner A, Piaggio G, Villar J. Statistical methods for the meta-analysis of cluster randomization trials. *Statistical Methods in Medical Research* 2001;**10**:325-38.

Egger 1997

Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997;**315**:629-34.

Fawzi 1993

Fawzi WW, Chalmers TC, Herrera MG, Mosteller F. Vitamin A supplementation and child mortality. *JAMA* 1993;**269**:898-903.

Fleiss 1981

Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd Edition. New York: John Wiley, 1981.

Gülmezoglu 1997

Gülmezoglu M, de Onis M, Villar J. Effectiveness of interventions to prevent or treat impaired fetal growth. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1997;**52**:139-49.

Henderson 2000

Henderson J, Roberts T, Sikorski J, Wilson J, Clement S. An economic evaluation comparison two schedules of antenatal visits. *Journal of Health Services Research and Policy* 2000;**5**(2):69-75.

Petitti 2000

Petitti DB. *Meta-analysis, decision analysis and cost-effectiveness analysis: methods for quantitative synthesis in medicine*. 2nd Edition. New York: Oxford University Press, 2000.

Piaggio 2001

Piaggio G, Carroli G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Lumbiganon P et al. Methodological considerations on the design and analysis of an equivalence stratified cluster randomisation trial. *Statistics in Medicine* 2001;**20**:401-16.

Ryan 1997

Ryan M, Ratcliffe J, Tucker J. Using willingness to pay to value alternative models of antenatal care. *Social Science and Medicine* 1997;**44**:371-80.

Villar 1997a

Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I: Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997;**76**:1-14.

Villar 1996

Villar J, Carroli G. Methodological issues of randomised controlled trials for the evaluation of reproductive health interventions. *Preventive Medicine* 1996;**25**:365-75.

Villar 1997b

Villar J, Piaggio G, Carroli G, Donner A. Factors affecting the comparability of meta-analyses and largest trials results in perinatology. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997;**50**:997-1002.

Villar 1998

Villar J, Gülmezoglu M, de Onis M. Nutritional and antimicrobial interventions to prevent preterm birth: An overview of randomised controlled trials. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1998;**53**:575-85.

Referencias de otras versiones de esta revisión

Carroli 2001b

Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al. WHO Systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;**357**:1.565-70.

Khan-Neelofur 1998

Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1998;**12**(Suppl 2):7-26.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Características de los estudios incluidos

Estudio	Binstock 1995
Métodos	Estudio clínico controlado "cuasi aleatorizado". La asignación al tipo de atención que recibían a las mujeres se realizó por fecha de nacimiento. La aleatorización no fue de uno a uno.
Participantes	Mujeres con embarazos de bajo riesgo.
Intervenciones	Programa experimental: 8 consultas prenatales previstas. Se asignó un prestador de salud a cada participante del grupo de estudio para la totalidad del control prenatal. Grupo control: 13 consultas previstas. Cada consulta podía realizarse con un prestador de salud diferente.
Resultados	Parto prematuro (< 37 semanas), bajo peso al nacer (< 2.500 g), cesárea, puntaje de Apgar < 7 a los 5 minutos y satisfacción de la mujer (en una escala de 1 a 6).
Notas	Número de consultas realizadas: grupo intervención 8,2 (DE: 1,9) y grupo control 11,3 (DE: 2,1). Hubo un gran número de pérdidas de seguimiento (93 de 320 [29%] en el grupo intervención y 55 de 229 [24%] en el grupo control).
Ocultamiento de la asignación	C
Estudio	Giles 1992
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. La aleatorización se realizó mediante la extracción de un número aleatorio de un sobre cerrado. Los números impares se asignaron a las consultas con parteras y los números pares, a las consultas con médicos. Dado que no se distribuyó la misma cantidad de números pares e impares, los dos grupos de estudio no tuvieron el mismo tamaño.
Participantes	Resultaron elegibles para el estudio clínico todas las mujeres cuyos embarazos fueron considerados de bajo riesgo por la partera a cargo de la inscripción en el hospital.
Intervenciones	Grupo experimental: todas las mujeres que participaron en el estudio clínico se atendieron por primera vez con el obstetra para la realización del examen general y obstétrico de rutina de la primera consulta y para confirmar la clasificación original de "bajo riesgo", que determinó la partera a cargo de la inscripción de las participantes. Las mujeres que asistieron a los consultorios de las parteras realizaron otras dos consultas con el obstetra a las 30 y 40 semanas. Grupo control: atención estándar administrada en forma conjunta (partera/obstetra).
Resultados	Resultados obstétricos: hipertensión inducida por el embarazo, episiotomía, parto vaginal normal, parto quirúrgico, analgesia epidural, uso de óxido nitroso, lactancia, problemas con la lactancia, pérdidas de seguimiento. Percepción de la atención: todas las preguntas respondidas, confianza en la persona a cargo de la atención en el consultorio, explicación de las pruebas realizadas, orientación sobre el trabajo de parto y el parto, orientación para el alivio del dolor en el trabajo de parto, orientación sobre la alimentación de los lactantes, apoyo en la elección de la alimentación, información sobre el período postparto, orientación sobre el cuidado del recién nacido en el hogar.

Características de los estudios incluidos

Notas	De las 102 mujeres clasificadas como de bajo riesgo, una no correspondía a esta clasificación. Este error fue identificado en la primera consulta al obstetra. El índice de pérdidas de seguimiento fue de 3/46 (6,5%) en el grupo experimental y de 10/56 (17,8%) en el grupo control.
Ocultamiento de la asignación	A
Estudio	Majoko 1997
Métodos	Se desconoce el método de asignación aleatoria. Los centros de salud del distrito de Gutu, Zimbabwe, representaron la unidad de aleatorización (aleatorización por grupos).
Participantes	Todas las madres inscritas para recibir control prenatal desde el 12/01/1994 resultaron elegibles para el reclutamiento.
Intervenciones	El programa experimental consistió en 5 consultas con objetivos establecidos y un número reducido de procedimientos de rutina en cada consulta. Grupo control: control prenatal de rutina para las áreas rurales.
Resultados	Los resultados primarios fueron: número y momento oportuno de las consultas; utilización de centros de salud rurales para el parto; resultados fetales y maternos.
Notas	El 80 % de las mujeres del grupo control y el 86% de las participantes del grupo experimental realizaron un máximo de 5 consultas. Si bien se aplicó una aleatorización por grupos, se utilizó a las mujeres como unidad de análisis.
Ocultamiento de la asignación	D
Estudio	McDuffie 1996
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. Para la asignación del programa de consultas se utilizaron sobres opacos y cerrados que contenían detalles de la inclusión al grupo control o al grupo experimental. La secuencia de asignación se determinó por medio de una tabla de números aleatorios. Ni las participantes ni los prestadores de salud fueron cegados a la hipótesis de estudio o a la aleatorización. Se solicitó el consentimiento por escrito.
Participantes	Todas las mujeres que se inscribieron en alguno de los centros participantes durante el primer trimestre del embarazo. Criterios de exclusión - < 18 o > 39 años, edad gestacional de > 13 semanas, patologías obstétricas de alto riesgo presentes o anteriores, enfermedad actual, idioma distinto del inglés o intención de cambiar de seguro médico durante el embarazo.
Intervenciones	El programa experimental consistió en un total de 9 consultas (en las semanas 8, 12, 16, 24, 28, 32, 36, 38 y 40). Para las mujeres que ya habían tenido un hijo se programaba una llamada por teléfono en vez de la consulta de la semana 12. El programa de control (de rutina) consistía en un total de 14 consultas (consultas cada 4 semanas entre la semana 8 y la 28, cada 2 semanas hasta la 36 y semanalmente después).

Características de los estudios incluidos

Resultados	<p>Resultados primarios: parto prematuro (< 37 semanas), eclampsia moderada y severa, cesárea y bajo peso al nacer (< 2.500 g).</p> <p>Otros resultados maternos: tasa de cesáreas por sufrimiento fetal, trabajo de parto prematuro, rotura prematura de membranas pretérmino, diabetes gestacional, gestación múltiple, corioamnionitis (clínica), desprendimiento normoplacentario, placenta previa y hemorragia postparto (> 750 ml para el parto vaginal y > 1.500 ml para las cesáreas).</p> <p>Resultados neonatales: edad gestacional, peso al nacer, pequeño para la edad gestacional (< percentilo 10), peso bajo al nacer (< 1.500 g), puntajes de Apgar <7 a los 5 minutos (< 7), y mortinatos (> 20 semanas de gestación).</p> <p>Medidas de satisfacción de la mujer: con el control prenatal, con la educación durante las consultas prenatales y con el material educativo.</p>
Notas	Nueve consultas previstas para la intervención. Se observó un promedio de 12,0 consultas (DE 4,2) y se realizaron 11,3 consultas (DE 4,2) en el grupo control. El índice de pérdidas de seguimiento fue de 217/1.382 (15,7%) en el grupo experimental y de 219/1.382 (15,8%) en los grupos control.
Ocultamiento de la asignación	A
Estudio	Munjanja 1996
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. Aleatorización por grupos. La aleatorización se realizó por consultorio, y no por mujer. Los sobres numerados secuencialmente que contenían los tipos de programas asignaron aleatoriamente siete consultorios al grupo control o al grupo experimental del estudio.
Participantes	Todas las embarazadas que presentaron bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo y el trabajo de parto.
Intervenciones	<p>Programa experimental - total de 6 consultas.</p> <p>Todas las consultas del nuevo programa contaban con objetivos establecidos para el prestador de salud.</p> <p>Programa estándar de control prenatal - número total de consultas - 14, pero sólo 7 antes del estudio clínico.</p>
Resultados	Parto prematuro (< 37 semanas), bajo peso al nacer (< 2.500 g), pequeño para la edad gestacional (PEG), mortalidad materna, índice de morbilidad materna/100.000 y mortalidad perinatal/1.000. Cesárea de emergencia, patrones de referencia durante el período prenatal y el trabajo de parto e intervenciones obstétricas.
Notas	<p>Se reclutaron 15.994 mujeres para el estudio y se obtuvieron los registros de 15.532 (97%) de las participantes.</p> <p>Número de consultas realizadas: intervención = 4 y control = 6.</p>
Ocultamiento de la asignación	A

Características de los estudios incluidos

Estudio	Sikorski 1996
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. Aleatorización realizada en la consulta de inscripción con bloques aleatorios permutados de 8 y 16 y estratificación en función de las 6 oficinas de las parteras a cargo del reclutamiento. Sobres opacos, numerados secuencialmente, que no podían cerrarse nuevamente, contenían el programa asignado de consultas.
Participantes	Todas las mujeres inscritas para recibir control prenatal en cualquiera de los centros que participaban en el estudio (consultorios, hospitales, etc.).
Intervenciones	Programa experimental: para nulíparas: 7 consultas (en las semanas 24, 28, 32, 36, 38 y 40; más consulta de inscripción). Multíparas: 6 consultas (en las semanas 26, 28, 32, 36, 38 y 40; más consulta de inscripción). Programa tradicional: total de 13 consultas (en las semanas 16, 20, 24, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39 y 40; más consulta de inscripción).
Resultados	Resultados primarios: porcentaje de cesáreas por trastornos hipertensivos del embarazo, mediciones de morbilidad fetal y materna. Trastornos hipertensivos del embarazo, pequeño para la edad gestacional, trabajo de parto y modalidad de parto, Apgar al minuto y a los 5 minutos y hemorragia preparto y postparto. Medición del uso de los servicios de salud. Número de consultas, ingresos prenatales, número de ecografías y continuidad de la atención. Medición de variables psicosociales. Apoyo social durante o después del embarazo, preocupación por el embarazo y la salud del feto, actitudes con respecto al feto y al recién nacido. Medición del nivel de aceptabilidad del nuevo estilo de atención por parte de la madre y el profesional.
Notas	En el grupo intervención, el número de consultas aumentó de 7 a 8,6. En el grupo control, el número de consultas se redujo de 13 a 10,8. Se produjeron 68/1.446 pérdidas de seguimiento (4,7%) en el grupo experimental y 30/1.446 (2,1%) en el grupo control.
Ocultamiento de la asignación	A
Estudio	Tucker 1996
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. Se informó sobre la aleatorización mediante una llamada telefónica a una secretaria a cargo de las asignaciones del estudio clínico, que se hallaban en una serie de sobres opacos que no podían cerrarse nuevamente. Se utilizó una aleatorización restringida para mantener la misma cantidad de participantes en ambas ramas del estudio clínico. Se utilizaron bloques permutados de un tamaño de entre 14 y 20 para evitar que se conociera la siguiente asignación del estudio. La aleatorización no se estratificó.
Participantes	Se consideró para el estudio clínico a todas las mujeres con embarazos de bajo riesgo que se presentaron ante los médicos clínicos del estudio entre febrero de 1993 y marzo de 1994.
Intervenciones	Grupo experimental: control prenatal de rutina impartido por médicos clínicos y parteras según los planes de control y protocolos para el manejo de las complicaciones. Grupo control: atención estándar administrada en forma conjunta por parteras y obstetras.

Características de los estudios incluidos

Resultados	Parto prematuro (< 37 semanas), mortalidad perinatal, cesárea, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
Notas	Los obstetras estuvieron a cargo del 6% de las consultas del grupo experimental y del 28% de las consultas del grupo atención estándar administrado en forma conjunta. Se produjeron 44/834 pérdidas de seguimiento (5,3%) en el grupo experimental y 47/840 (5,6%) en los grupos control.
Ocultamiento de la asignación	A
Estudio	Turnbull 1996
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. Las mujeres que expresaron su consentimiento por escrito para participar en el estudio fueron asignadas aleatoriamente a uno de los dos tipos de atención, sin estratificación. El personal administrativo, que no participaba en el estudio, utilizó bloques aleatorios permutados de 10. La asignación al tratamiento se realizó por teléfono.
Participantes	Todas las mujeres que se inscribieron para recibir atención de rutina en consultorios de los hospitales. Se consideró elegibles a las mujeres que residían en el área de captación del hospital, que se inscribieron en los programas de control prenatal dentro de las 16 semanas de embarazo y que no presentaban complicaciones médicas u obstétricas.
Intervenciones	Atención a cargo de una partera con la ayuda de un especialista cuando fuera necesario, comparado con la atención conjunta.
Resultados	Complicaciones maternas graves en los períodos prenatal, intraparto y postparto. Hemorragia anteparto, hemorragia postparto, hipertensión u otra complicación médica grave. Los resultados maternos incluían la duración del trabajo de parto, la edad gestacional al momento del parto, la modalidad de parto y la extracción manual de la placenta. Entre los resultados fetales y neonatales se incluyeron el percentilo de peso al nacer para la edad gestacional, el puntaje de Apgar, el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y la mortalidad perinatal. Percepción de la atención: Satisfacción general - control prenatal, intraparto y postnatal en el hospital y el hogar.
Notas	El promedio de consultas realizadas por un obstetra/ginecólogo fue de 0,2 en la rama experimental y de 1,7 en la rama de control (atención conjunta). El índice de pérdidas de seguimiento fue de 5 de 648 (0,7%) en el grupo experimental y de 16 de 651 (2,4%) en los grupos control.
Ocultamiento de la asignación	A
Estudio	Villar 2001
Métodos	Estudio clínico controlado aleatorizado. Aleatorización por grupos. Los consultorios de zonas urbanas constituyeron la unidad de aleatorización. La asignación al tratamiento se comunicó por fax a cada consultorio.
Participantes	Todas las mujeres que asistieron a los consultorios para el control prenatal.

Características de los estudios incluidos

Intervenciones	<p>Grupo experimental: cuatro consultas con objetivos establecidos y actividades de probada efectividad para embarazos de bajo riesgo. Se derivó a un nivel superior de atención a aquellas mujeres que debían someterse a nuevos exámenes o recibir atención especial.</p> <p>Grupo control: control prenatal estándar ofrecido en los centros seleccionados según el programa tradicional de múltiples consultas.</p>
Resultados	Bajo peso al nacer, índice de morbilidad materna, morbimortalidad materna y perinatal; satisfacción de las mujeres y los prestadores de salud y resultados desde el punto de vista económico.
Notas	<p>Número de consultas realizadas: grupo intervención: 5 y grupo control: 8.</p> <p>Pérdidas de seguimiento: grupo intervención: 253/12.568 (2,0%) y grupo control: 290/11.958 (2,4%).</p>
Ocultamiento de la asignación	A
Estudio	Walker 1997
Métodos	Estudio clínico prospectivo controlado aleatorizado. Para la asignación aleatoria de las participantes al programa alternativo de consultas para el control prenatal o al programa convencional de consultas prenatales, se empleó un programa de software que utilizaba datos relativos a las características demográficas y personales para realizar el procedimiento de aleatorización.
Participantes	Los criterios de inclusión del estudio fueron: i) embarazo de bajo riesgo, ii) comienzo del control prenatal antes de las 26 semanas de embarazo, iii) más de 18 años de edad, iv) comprensión de textos en español o en inglés.
Intervenciones	Las mujeres asignadas al grupo PACCP debieron realizar 8 consultas (una consulta inicial y consultas subsiguientes en las semanas 15 a 19, 24 a 28, 32, 36, 38 y semanalmente hasta el parto).
Resultados	Número de consultas prenatales realizadas, edad gestacional al momento del parto, peso al nacer, promedio de aumento de peso semanal, modalidad de parto, puntaje de Ballard, retardo de crecimiento intrauterino, días en la unidad de neonatología, días en la unidad de cuidados intensivos neonatales, complicaciones neonatales, complicaciones maternas - parto prematuro, anemia, infección urinaria recurrente, hipertensión inducida por el embarazo, presentación fetal anómala, consumo de drogas y embarazo prolongado, entre otros.
Notas	Número de consultas realizadas: grupo intervención: 7,65 (DE: 1,6), grupo control: 10,8 (DE: 2,3).
Ocultamiento de la asignación	A

Notas:

CP = control prenatal

PACCP = programa alternativo de consultas para el control prenatal

DE = desvío estándar

PTCCP = programa tradicional de consultas para el control prenatal

Características de los estudios excluidos

Estudio	Motivo de la exclusión
Berglund 1998	No es un estudio clínico controlado aleatorizado, sino un estudio regional con evaluación previa y posterior. El estudio compara dos programas de control prenatal durante dos períodos diferentes.
Biro 2000	Es un estudio clínico controlado aleatorizado que evalúa la continuidad de la persona a cargo de la atención.
Chambliss 1992	Es un estudio clínico controlado aleatorizado que compara el manejo del trabajo de parto por un médico y por una partera.
Clement 1996	No es un estudio clínico controlado aleatorizado. Es un análisis secundario, centrado en las variables que pueden predecir la satisfacción de las mujeres en cada uno de los modelos de consultas prenatales que se comparan.
Flenady 1998	Es un estudio clínico programado, registrado en la Biblioteca Cochrane (The Cochrane Library), pero no hay datos disponibles.
Harvey 1996	Es un estudio clínico controlado aleatorizado, pero la intervención se centró en la continuidad de la atención hasta el postparto y no en los modelos de control prenatal.
Hundley 1997	Estudio clínico controlado aleatorizado que compara la atención administrada por parteras al momento del parto con la atención estándar en la sala de partos. En otros aspectos, el control prenatal fue idéntico.
Jewell 2000	Es un estudio clínico controlado aleatorizado, pero no se asigna un número fijo de consultas al grupo intervención.
Kitzman 1997	Estudio clínico controlado aleatorizado para reforzar el control prenatal mediante consultas domiciliarias en las que se proporcionó atención básica.
Neilson 1998	No es un estudio clínico controlado aleatorizado.
Srinivasan 1995	Es un estudio clínico aleatorizado con intervención a nivel comunitario, que presenta un programa de alto riesgo.
Waldenstrom 2000	Es un estudio clínico controlado aleatorizado que evalúa la efectividad de la continuidad de la persona a cargo de la atención.

CARÁTULA

Titulo	Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
Autor(es)	Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M
Contribución de los autores	J Villar, G Carroli y D Khan-Neelofur idearon, diseñaron y prepararon la presente revisión, además de evaluar la calidad de los estudios clínicos y extraer los datos relevantes. G Piaggio, J Villar y G Carroli planificaron y realizaron el análisis. J Villar, G Carroli, D Khan-Neelofur, G Piaggio y M Gülmezoglu se encargaron de la redacción del trabajo.
Número de protocolo publicado inicialmente	La información no está disponible
Número de revisión publicada inicialmente	1998/1

Fecha de la modificación más reciente"	La información no está disponible
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	18 agosto 2001
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	31 mayo 2001
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información
Dirección de contacto	Dr José Villar Medical Officer, Maternal and Neonatal Health Department of Reproductive Health and Research World Health Organisation Avenue Appia Geneva CH-1211 SUIZA Teléfono: +41 22 7913327 E-mail: villarj@who.ch Facsimile: +41 22 7914171
Número de la Cochrane Library	CD000934
Grupo editorial	Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group)
Código del grupo editorial	HM-PREG

COMENTARIOS Y CRITICAS

Sikorski, Clement, Wilson, 1999

Resumen:

Resumen:

los datos de la revisión no justifican la conclusión de que las mujeres estaban satisfechas con el número reducido de consultas.

Análisis:

la primera comparación, identificada como "control prenatal con un número reducido de consultas y objetivos establecidos versus consultas prenatales estándar", es incorrecta, dado que al menos un estudio (Sikorski 1996) no intentó analizar los objetivos específicos. En cuanto al resultado "Pequeño para la edad gestacional", los datos numéricos se presentan en el

orden incorrecto; los números correctos son 277 de 1.393 en el grupo experimental y 302 de 1.355 en el grupo control. En el resultado de "puntaje (medio) de satisfacción de la paciente en una escala del 1 al 6", bajo "Calidad del control prenatal", el puntaje correspondiente al grupo experimental debería ser 3,6 (1,02), corrección que implicaría un cambio en la dirección del efecto global.

Antecedentes:

los revisores sugieren que la falta de satisfacción está totalmente determinada por las expectativas de las mujeres. Sin embargo, otros análisis de Sikorski 1996 muestran que las mujeres que manifestaron no tener expectativa previa acerca del número de consultas que recibirían no estaban satisfechas si pertenecían al grupo con un número reducido de consultas.

Resultados:

en los resultados, para la primera comparación incluida en "Resultados biológicos" en la penúltima oración, la palabra "controles" debe ser reemplazada por "exámenes".

En "Resultados de satisfacción", se indica que el chi cuadrado es de 54,64; mientras que en los análisis el resultado fue de 44,94. Además, es incorrecta la oración ".. dos estudios clínicos que demuestran una mayor proporción de mujeres menos satisfechas con el número reducido de consultas" y podría reemplazarse por "... todos los estudios clínicos de calidad que analizaba la satisfacción encontraron mayor insatisfacción con el número reducido de consultas".

Repercusiones en la práctica:

la revisión no justifica la recomendación que el número de consultas prenatales mínimo sea cuatro, ya que sólo un estudio clínico en un país (Zimbabwe) utilizó este programa.

General:

la política de entregar revisiones preliminares a los autores de los estudios clínicos podría mejorar la calidad de los estudios antes de su publicación.

Contestación del autor:

La revisión estuvo sujeta a modificaciones para incorporar los comentarios y las correcciones mencionadas. (respuesta de José Villar, julio de 1999)

Colaboradores:

Jim Sikorski, Sarah Clement y Jenny Wilson

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Número reducido de consultas para el control prenatal/consultas de control prenatal orientadas al objetivo versus consultas estándar.

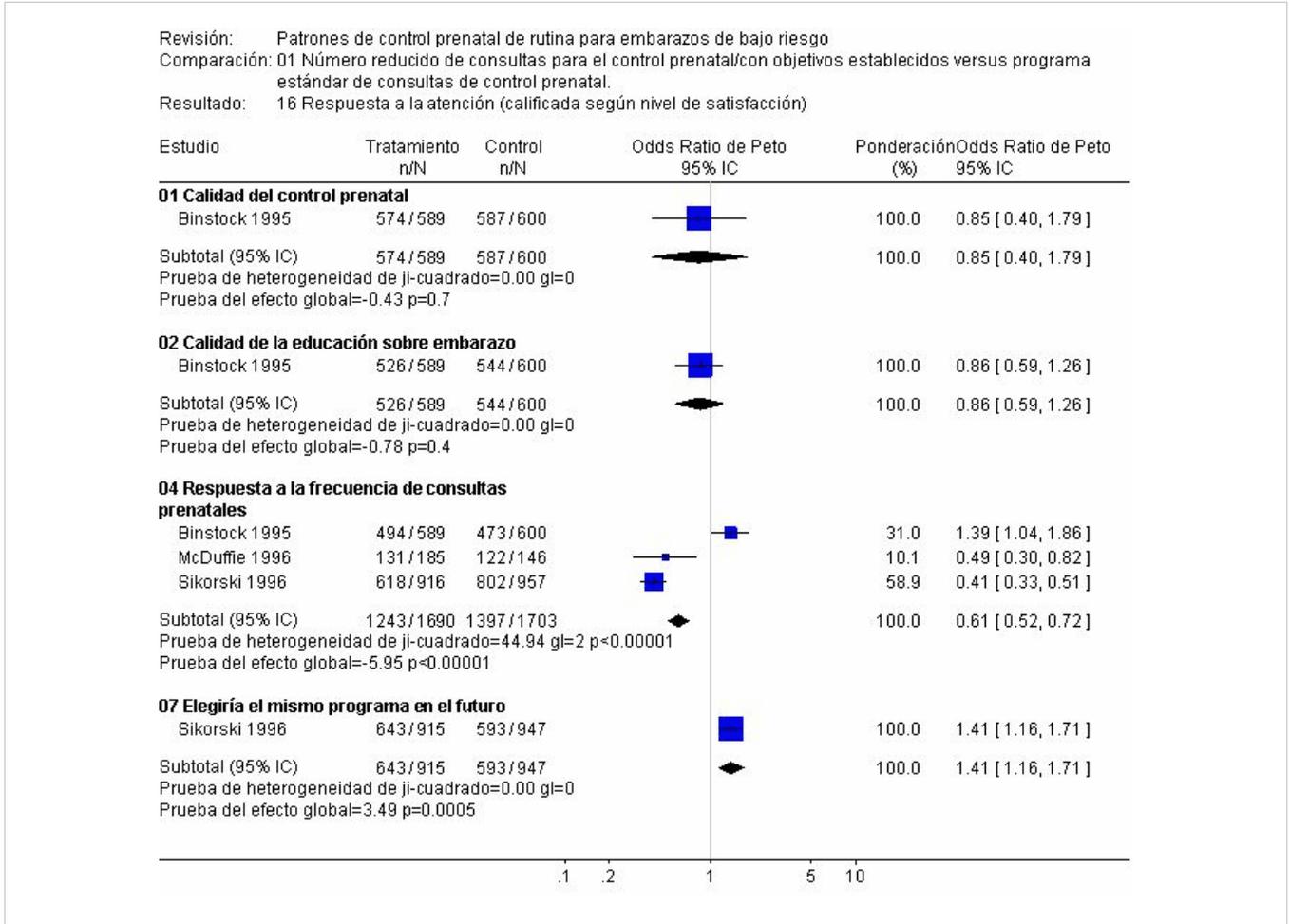
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Magnitud del efecto
16 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción)			Odds ratio de Peto IC 95%	Subtotales únicamente
17 Satisfacción de la paciente con respecto a; puntaje (medio) en una escala de 1 a 6			Diferencia de medias ponderada (efectos fijos) IC 95%	Subtotales únicamente
18 Resultado del proceso; Pruebas de diagnóstico prenatal			Odds ratio de Peto IC 95%	Subtotales únicamente
19 Resultado del proceso; Uso de otros servicios médicos			Odds ratio de Peto IC 95%	Subtotales únicamente
20 Resultado del proceso; Medio (desvío estándar, DE)			Diferencia de medias ponderada (efectos fijos) IC 95%	Subtotales únicamente

02 Atención impartida por una partera o un médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y un Ginecólogo.				
Resultado	N° de estudios	N° de participantes	Método estadístico	Magnitud del efecto
01 Parto prematuro (< 37 semanas)	2	2.883	Odds ratio de Peto IC 95%	0,79 [0,57; 1,10]
02 Hipertensión inducida por el embarazo	3	3.041	Odds ratio de Peto IC 95%	0,56 [0,45; 0,70]
03 Preeclampsia	2	2.952	Odds ratio de Peto IC 95%	0,37 [0,22; 0,64]
04 Cesárea	3	2.972	Odds ratio de Peto IC 95%	0,99 [0,79; 1,25]
05 Presentación anómala	2	2.914	Odds ratio de Peto IC 95%	1,30 [0,90; 1,89]
06 Hemorragia anteparto (prenatal e intraparto)	2	2.952	Odds ratio de Peto IC 95%	0,79 [0,57; 1,10]
07 Hemorragia postparto (intraparto y postnatal)	1	1.213	Odds ratio de Peto IC 95%	1,02 [0,64; 1,64]
08 Anemia (Hb < 100 g/l)	2	2.952	Odds ratio de Peto IC 95%	1,00 [0,82; 1,22]
09 Infección urinaria (tratada con antibióticos)	1	1.674	Odds ratio de Peto IC 95%	1,23 [0,86; 1,76]
10 Mortalidad perinatal	2	2.890	Odds ratio de Peto IC 95%	0,59 [0,28; 1,26]
11 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción)			Odds ratio de Peto IC 95%	Subtotales únicamente
12 Puntaje (medio) de satisfacción de las pacientes con respecto a la atención en una escala de -2 = respuesta muy negativa a +2 = respuesta muy positiva			Diferencia de medias ponderada (efectos fijos) IC 95%	Subtotales únicamente

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

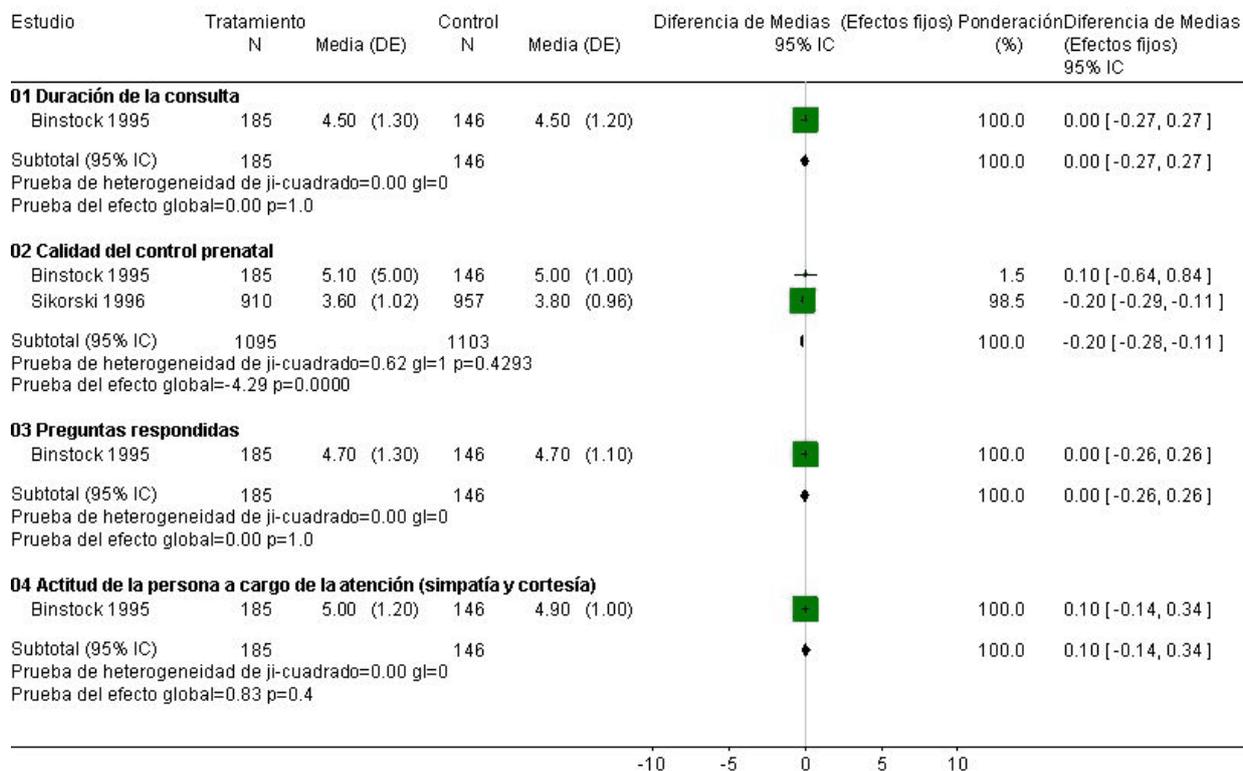
Fig. 01 Número reducido de consultas para el control prenatal/consultas de control prenatal orientadas al objetivo versus consultas estándar.

01.16 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción)

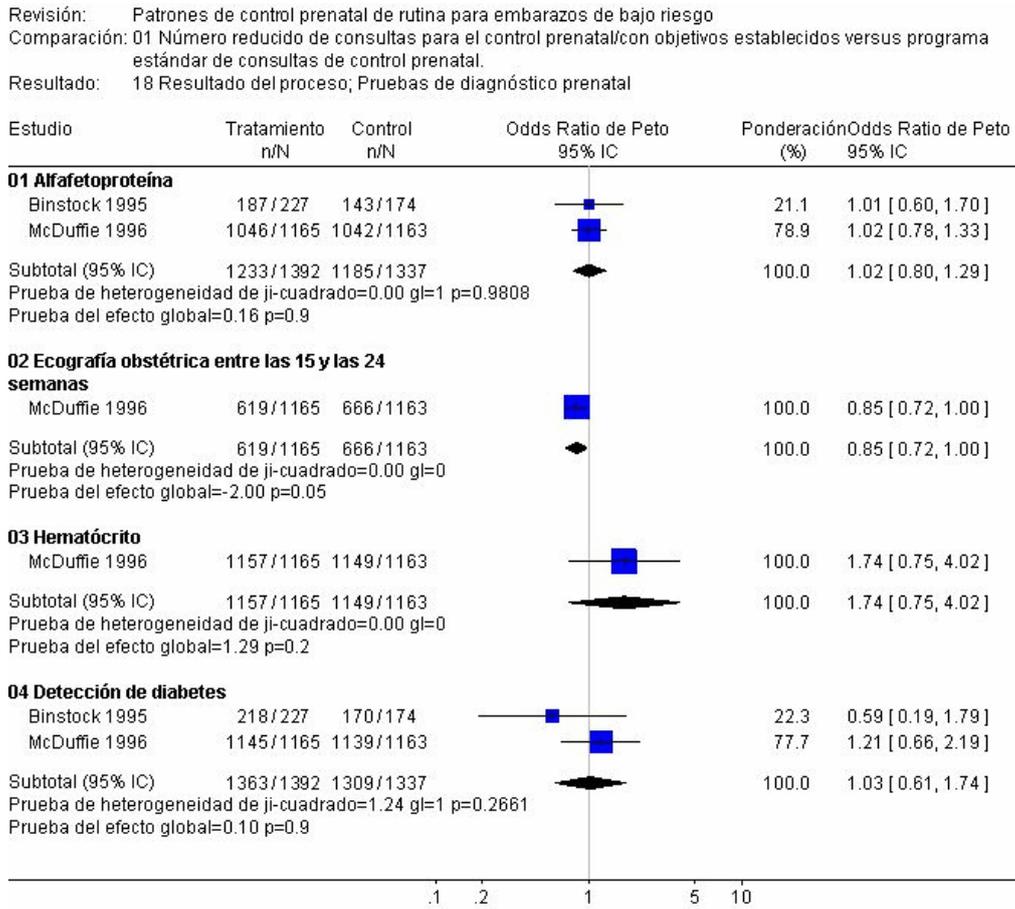


01.17 Satisfacción de la paciente con respecto a; puntaje (medio) en una escala de 1 a 6

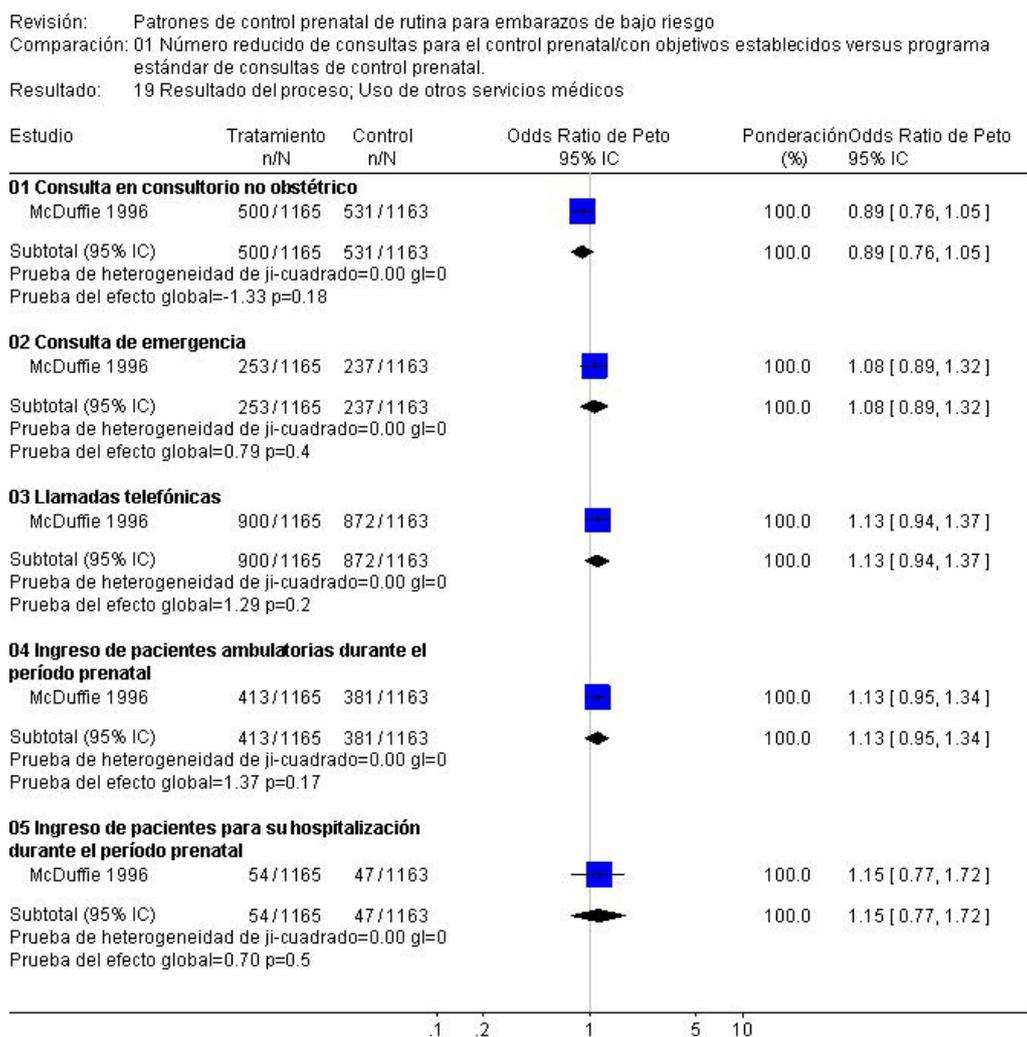
Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 01 Número reducido de consultas para el control prenatal/con objetivos establecidos versus programa estándar de consultas de control prenatal.
 Resultado: 17 Satisfacción de la paciente con respecto a; puntaje (medio) en una escala de 1 a 6



01.18 Resultado del proceso; Pruebas de diagnóstico prenatal



01.19 Resultado del proceso; Uso de otros servicios médicos



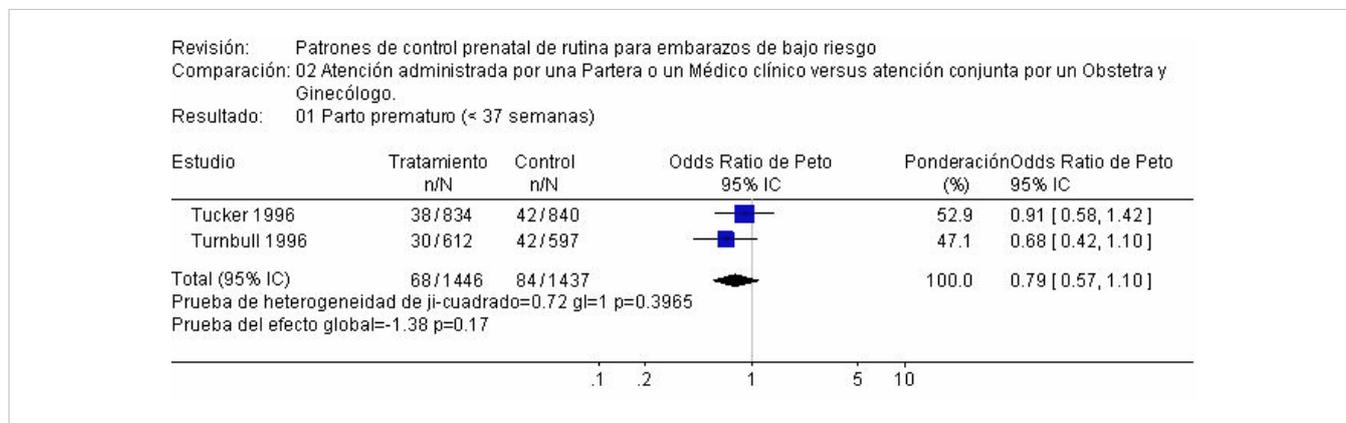
01.20 Resultado del proceso; Medio (desvío estándar, DE)

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 01 Número reducido de consultas para el control prenatal/con objetivos establecidos versus programa estándar de consultas de control prenatal.
 Resultado: 20 Resultado del proceso; Medio (DE)

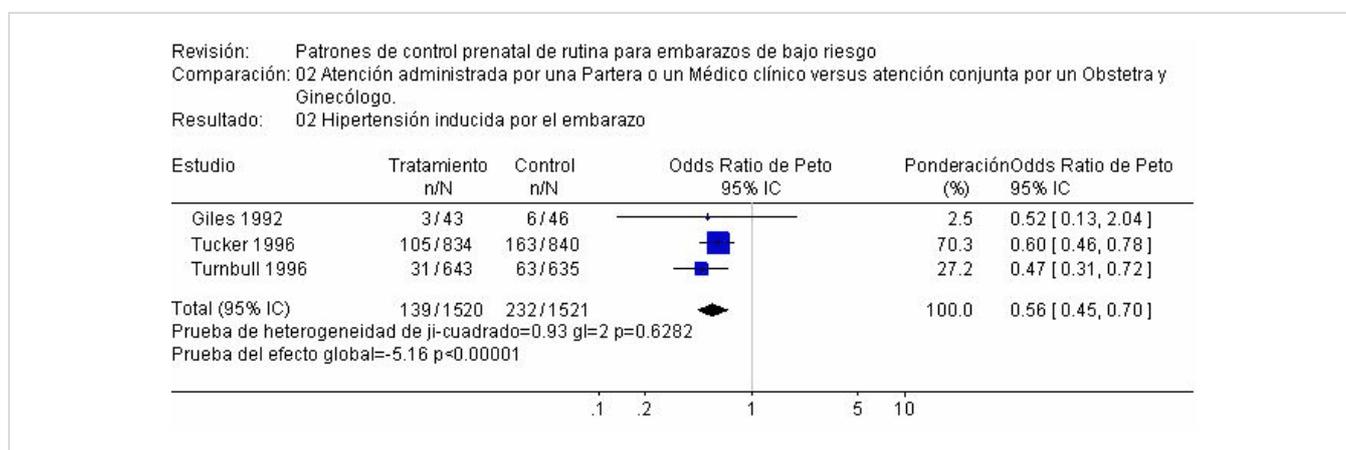
Estudio	Tratamiento N	Media (DE)	Control N	Media (DE)	Diferencia de Medias (Efectos fijos) 95% IC	Ponderación (%)	Diferencia de Medias (Efectos fijos) 95% IC
01 Ecografía obstétrica							
Binstock 1995	227	1.60 (0.70)	174	1.80 (0.90)		18.5	-0.20 [-0.36, -0.04]
Sikorski 1996	1312	1.60 (1.00)	1351	1.70 (1.03)		81.5	-0.10 [-0.18, -0.02]
Subtotal (95% IC)	1539		1525			100.0	-0.12 [-0.19, -0.05]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=1.20 gl=1 p=0.2741 Prueba del efecto global=-3.34 p=0.0008							
02 Consultas en sala de emergencias							
Walker 1997	43	0.09 (0.29)	38	0.03 (0.16)		100.0	0.06 [-0.04, 0.16]
Subtotal (95% IC)	43		38			100.0	0.06 [-0.04, 0.16]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=1.17 p=0.2							
03 Llamadas telefónicas							
Walker 1997	43	0.51 (0.80)	38	0.47 (0.86)		100.0	0.04 [-0.32, 0.40]
Subtotal (95% IC)	43		38			100.0	0.04 [-0.32, 0.40]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=0.22 p=0.8							
04 Hospitalizaciones							
Sikorski 1996	1289	1.10 (0.54)	1335	1.10 (0.53)		100.0	0.00 [-0.04, 0.04]
Subtotal (95% IC)	1289		1335			100.0	0.00 [-0.04, 0.04]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=0.00 p=1.0							
05 Número de noches en el hospital							
Sikorski 1996	1280	1.00 (2.28)	1329	0.90 (1.78)		100.0	0.10 [-0.06, 0.26]
Subtotal (95% IC)	1280		1329			100.0	0.10 [-0.06, 0.26]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=1.25 p=0.2							
06 Consultas prenatales, inasistencia							
Binstock 1995	227	0.30 (0.70)	174	0.40 (0.70)		76.3	-0.10 [-0.24, 0.04]
Walker 1997	43	0.28 (0.59)	38	0.26 (0.55)		23.7	0.02 [-0.23, 0.27]
Subtotal (95% IC)	270		212			100.0	-0.07 [-0.19, 0.05]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.68 gl=1 p=0.408 Prueba del efecto global=-1.16 p=0.2							

Fig. 02 Atención impartida por una partera o un médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y un Ginecólogo.

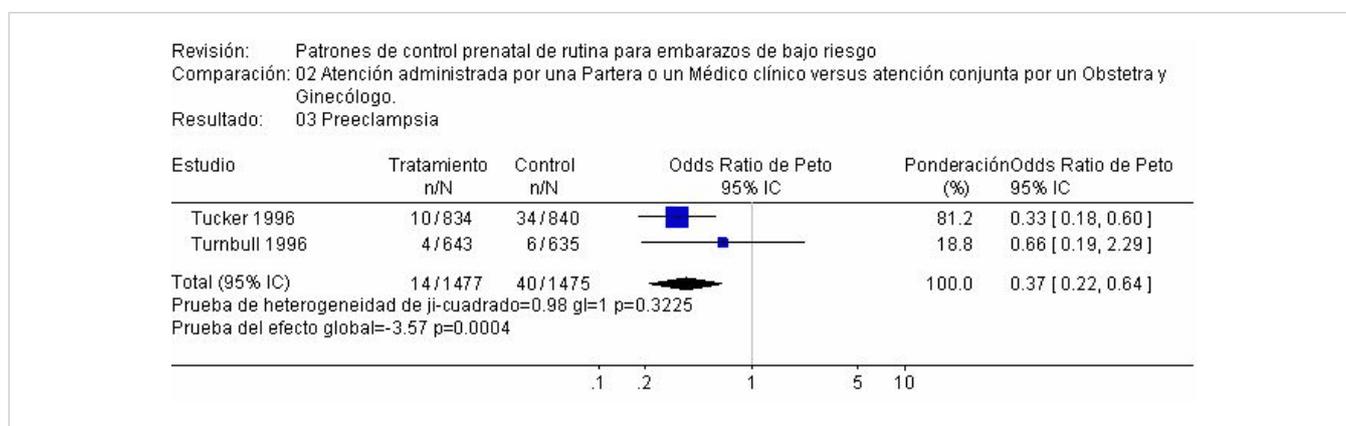
02.01 Parto prematuro (< 37 semanas)



02.02 Hipertensión inducida por el embarazo

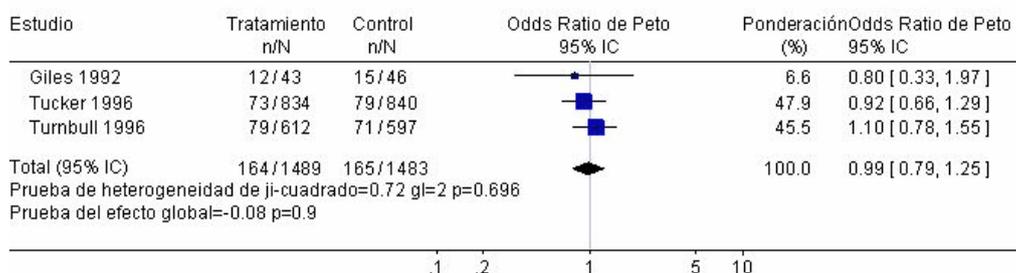


02.03 Preeclampsia



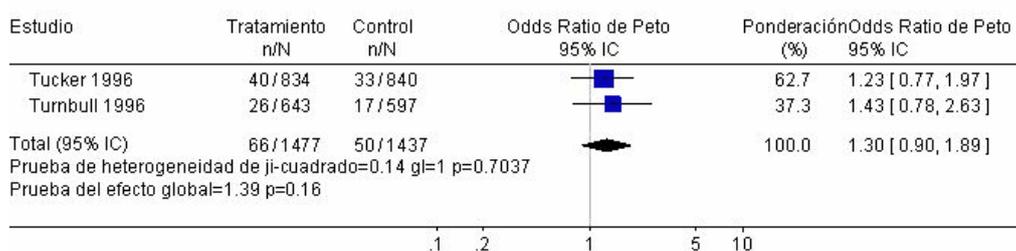
02.04 Cesárea

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 04 Cesárea



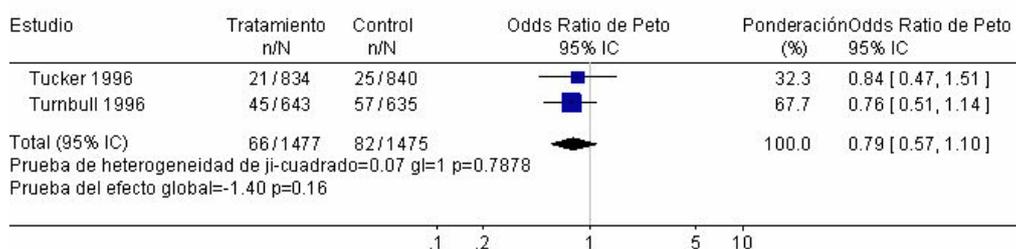
02.05 Presentación anómala

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 05 Presentación defectuosa



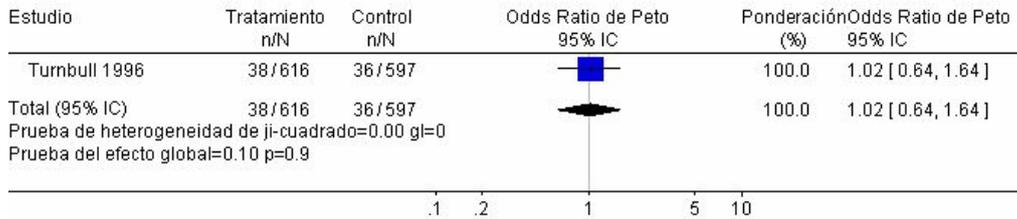
02.06 Hemorragia anteparto (prenatal e intraparto)

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 06 Hemorragia anteparto (prenatal e intraparto)



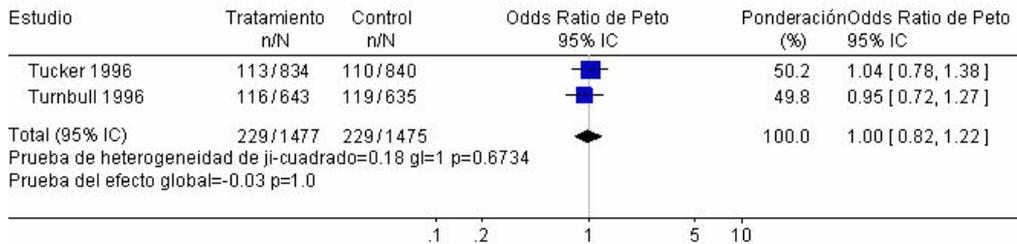
02.07 Hemorragia postparto (intraparto y postnatal)

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 07 Hemorragia postparto (intraparto y postnatal)



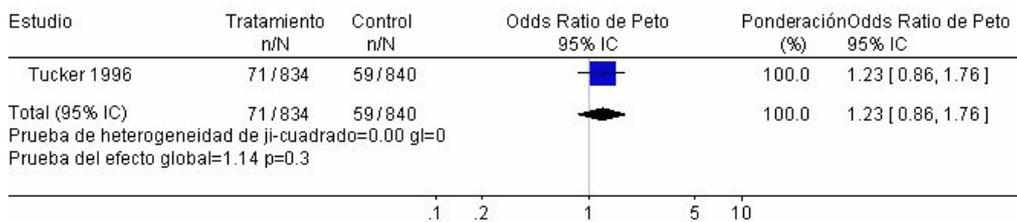
02.08 Anemia (Hb < 100 g/l)

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 08 Anemia (Hb < 100 g/l)



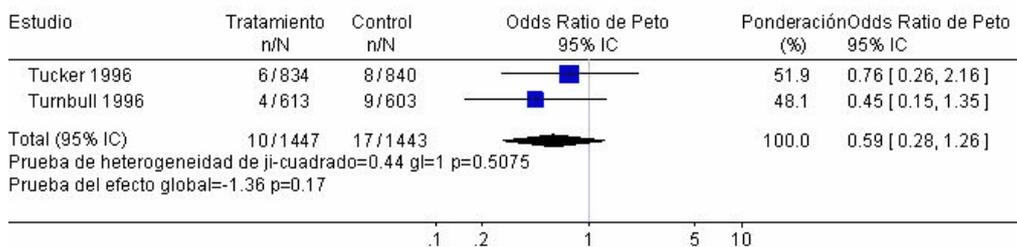
02.09 Infección urinaria (tratada con antibióticos)

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 09 Infección urinaria (tratada con antibióticos)



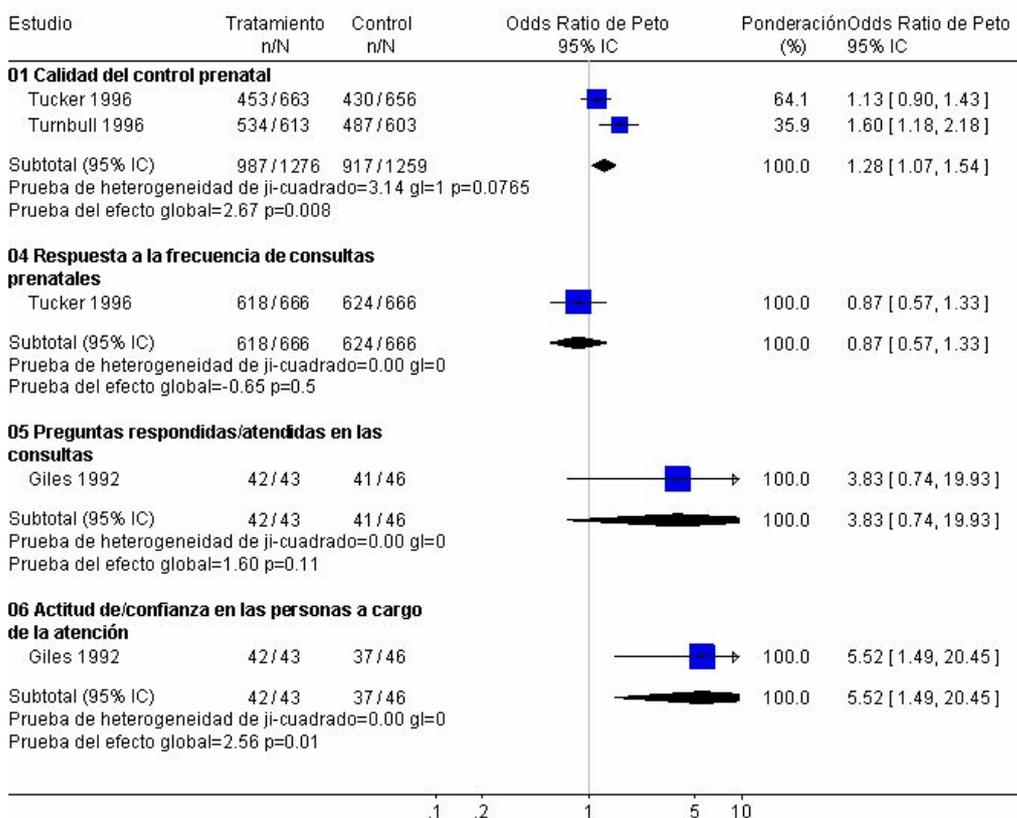
02.10 Mortalidad perinatal

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 10 Mortalidad perinatal



02.11 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción)

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 11 Respuesta a la atención (calificada según nivel de satisfacción)



02.12 Puntaje (medio) de satisfacción de las pacientes con respecto a la atención en una escala de -2 = respuesta muy negativa a +2 = respuesta muy positiva

Revisión: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo
 Comparación: 02 Atención administrada por una Partera o un Médico clínico versus atención conjunta por un Obstetra y Ginecólogo.
 Resultado: 12 Puntaje (medio) de satisfacción de las pacientes con respecto a la atención en una escala de -2 = respuesta muy negativa a +2 = respuesta muy positiva

Estudio	Tratamiento		Control		Diferencia de Medias (Efectos fijos) 95% IC	Ponderación (%)	Diferencia de Medias (Efectos fijos) 95% IC
	N	Media (DE)	N	Media (DE)			
01 Relación con el personal							
Turnbull 1996	534	1.22 (0.49)	487	0.74 (0.53)		100.0	0.48 [0.42, 0.54]
Subtotal (95% IC)	534		487			100.0	0.48 [0.42, 0.54]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=14.98 p<0.00001							
02 Transferencia de información							
Turnbull 1996	534	1.13 (0.48)	487	0.75 (0.58)		100.0	0.38 [0.31, 0.45]
Subtotal (95% IC)	534		487			100.0	0.38 [0.31, 0.45]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=11.34 p<0.00001							
03 Elecciones y decisiones							
Turnbull 1996	534	1.22 (0.55)	487	0.61 (0.67)		100.0	0.61 [0.53, 0.69]
Subtotal (95% IC)	534		487			100.0	0.61 [0.53, 0.69]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=15.81 p<0.00001							
04 Apoyo social							
Turnbull 1996	534	1.07 (0.63)	487	0.49 (0.67)		100.0	0.58 [0.50, 0.66]
Subtotal (95% IC)	534		487			100.0	0.58 [0.50, 0.66]
Prueba de heterogeneidad de ji-cuadrado=0.00 gl=0 Prueba del efecto global=14.21 p<0.00001							