

EL MODELO DE ATENCIÓN POR MATRONAS DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO DE BAJO RIESGO, EN COMPARACIÓN CON OTROS MODELOS DE ATENCIÓN

THE MODEL OF CARE BY MIDWIVES DURING PREGNANCY AND LOW-RISK DELIVERY,
COMPARED TO OTHER MODELS OF CARE

Antonio Herrera Gómez

Doctor por la Universidad de Granada. Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona). Distrito de Atención Primaria de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Investigación Biosanitario (BIO277). Departamento de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

Herrera Gomez, A. (2022). El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención.. Revista Ene De Enfermería, 16(1). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1341>

RECIBIDO: OCTUBRE 2021
ACEPTADO: ENERO 2022

Resumen

Introducción: Los modelos de atención al parto y embarazo de bajo riesgo son varios, pero actualmente existe una discusión internacional haciendo hincapié en los aspectos positivos de los modelos de atención por matronas. El objetivo de este artículo fue revisar la evidencia científica existente sobre estos modelos de atención, y sus resultados. **Metodología:** Revisión bibliográfica. **Resultados y discusión:** Tras la lectura, análisis y evaluación de todos los artículos, se seleccionaron 20 documentos por su alta calidad metodológica y poca posibilidad de sesgos en su realización. Se incluyeron ensayos clínicos controlados y aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, y otros tipos de estudios observacionales; También se analizaron 3 guías de práctica clínica de relevancia clínica y científica realizadas por expertos (2 de habla hispana y 1 inglesa). Se encontraron resultados ventajosos en los modelos de atención por matronas con respecto al resto de modelos de atención médica. **Conclusión:** el modelo de atención por matronas en el embarazo y parto de bajo riesgo, tiene varios y mejores beneficios con respecto al resto de modelos de atención médica.

Palabras clave: Modelos de atención; embarazo; parto; matrona

Abstract

Introduction: The models of care for childbirth and low-risk pregnancy are various, but there is currently an international discussion emphasizing the positive aspects of models of care for midwives. The objective of this article was to review the existing scientific evidence on these models of care, and their results. **Methodology:** Bibliographic review. **Results and discussion:** After reading, analysis and evaluation of all the articles, 20 documents were selected for their high methodological quality and little possibility of bias in their performance. Randomized and controlled clinical trials, systematic reviews, meta-analyses, and other types of observational studies were included; 3 clinical and scientific relevant clinical practice guidelines prepared by experts (2 Spanish-speaking and 1 English) were also analyzed. Advantageous results were found in the midwifery care models with respect to the other medical care models. **Conclusion:** the model of care by midwives in low-risk pregnancy and delivery has several and better benefits compared to other models of medical care.

Key words: Models of care; pregnancy; childbirth; midwife.

INTRODUCCIÓN

En muchas partes del mundo las enfermeras especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) son las profesionales primarias de atención para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio ⁽¹⁾. Sin embargo, hay considerables variaciones en la organización de los servicios de matronas y en la formación y las competencias de las mismas ⁽²⁾. En Australia, Nueva Zelanda, los Países Bajos, el Reino Unido e Irlanda, están disponibles diversas combinaciones de modelos de atención por matronas, por médicos y compartidos, y las mujeres durante el embarazo y el parto, a menudo se enfrentan con diferentes opiniones en cuanto a qué opción puede ser mejor para ellas ⁽³⁾.

La atención por matronas se ha definido como la atención donde *"la matrona es el profesional principal en la planificación, la organización y la prestación de la atención médica administrada a una mujer desde la cita inicial hasta el período posnatal"* ⁽⁴⁾.

El modelo de atención por matronas se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales centrados en la mujer. Las diferencias entre el modelo de atención por matronas y otros modelos de atención a menudo incluyen variaciones en la filosofía, el enfoque, la relación con el profe-

sional y el uso de intervenciones durante la maternidad. Se supone que la filosofía de base de un modelo de atención por matronas está en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres de experimentar el embarazo y el parto con una intervención mínima o sin una intervención habitual, por lo tanto, los modelos de atención por matronas tienen como objetivo proporcionar atención durante el embarazo y el parto a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones o «*bajo riesgo*» ^(5,6).

En los otros modelos, la atención es compartida por matronas, médicos de familia y obstetras, con diferentes niveles de actuación ^(5,7,8). En la atención proporcionada por los obstetras, ellos son los profesionales primarios de la atención prenatal y el parto, donde el médico está presente siempre. Dicha atención es frecuente en Norteamérica; en la atención proporcionada por el médico de familia, (con referencia a la atención obstétrica especializada de ser necesario), las matronas proporcionan atención intraparto y postnatal inmediata pero no a un nivel de toma de decisiones y un médico está presente durante el parto; y en los modelos compartidos de atención, la responsabilidad de la organización y la prestación de la atención sanitaria, desde la cita inicial hasta el

período posnatal, se comparte entre diferentes profesionales de la salud.

Además, existe mucho debate acerca del coste clínico y el coste-efectividad de los diferentes modelos de atención sanitaria de las mujeres embarazadas sanas (9,10).

Actualmente existe una discusión internacional haciendo hincapié en los aspectos positivos de los modelos de atención por matronas (11,12,13).

Por todo lo expuesto, en el siguiente trabajo nos planteamos como objetivo revisar la evidencia científica existente sobre los distintos modelos de atención en el embarazo y parto normal de bajo riesgo, y sus resultados clínicos y de salud, en la madre y en el recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada. Las bases de datos consultadas fueron Cuiden, Cinahl, Google Scholar, PubMed, y The Cochrane. Las palabras empleadas en la búsqueda fueron «modelos de atención», «embarazo», «parto» y «matrona», así como sus homónimos en inglés «models of care», «pregnancy», «birth», and «midwife», teniendo en cuenta los operadores lógicos y las funciones especiales correspondien-

tes de cada base de datos. Todos los términos se unieron con el operador booleano AND. Se incluyeron estudios publicados desde 1998 hasta 2018. También se consultaron páginas web de organismos oficiales, y guías de práctica clínica sobre el tema. Finalmente, se seleccionaron los estudios relacionados con nuestros objetivos: artículos que siguiesen criterios de calidad científica en su publicación, y que estuviesen disponibles en inglés o español.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En PubMed se encontraron 363 documentos, en la Cochrane Library 4 revisiones sistemáticas, y en Google Scholar 510. Tras su lectura, análisis y evaluación, se seleccionaron 20 documentos por su alta calidad metodológica y poca posibilidad de sesgos en su realización. Se incluyeron ensayos clínicos controlados y aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, y otros tipos de estudios observacionales; También se analizaron 3 guías de práctica clínica de relevancia clínica y científica realizadas por expertos (2 de habla hispana y 1 inglesa): Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, y la National Institute for Clinical Excellence.

Los ensayos clínicos incluidos en la revisión sistemática de Villar ⁽¹⁴⁾ no mostraron diferencias entre los modelos de cuidado (matronas y médicos de familia frente a obstetra) para la tasa de parto pretérmino, parto por cesárea, anemia, infecciones urinarias, hemorragia antes del parto o mortalidad perinatal. Por otro lado, las mujeres que recibieron un modelo de cuidados coordinado por matronas y médicos de familia mostraron una menor tasa de hipertensión inducida por el embarazo (3.041 mujeres; OR 0,56; IC 95 % 0,45 a 0,70) y de preeclamsia (2.952 mujeres; OR 0,37; IC 95 % 0,22 a 0,64), comparado con las mujeres que recibieron cuidados habituales por parte de un obstetra o un ginecólogo. No se observaron diferencias entre la satisfacción con los cuidados recibidos por unos u otros profesionales. No obstante, en la discusión sobre este desenlace en la revisión sistemática de Khan-Neelofur ⁽¹⁵⁾ se comenta que las mujeres mostraron más satisfacción con el modelo coordinado por matronas y médicos de familia cuando se les preguntó por la continuidad de los cuidados. Los resultados de este estudio llevaron a sus autores a concluir que en mujeres con un embarazo sin complicaciones un modelo de cuidados coordinado por matronas y médicos de familia no aumenta el riesgo de

sufrir resultados negativos maternos o perinatales ^(14,16).

Las recomendaciones de la guía NICE ⁽¹⁶⁾ se basaron en esta revisión sistemática descrita, al igual que la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio del Ministerio de Sanidad y Política Social ⁽¹⁷⁾. Y esta misma Guía concluye con los siguientes resúmenes de la evidencia científica y algunas recomendaciones: en mujeres con un embarazo sin complicaciones, un modelo de cuidados coordinado por matronas y médicos de familia no aumenta el riesgo de sufrir complicaciones maternas o perinatales; se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el médico/a de familia, con la participación del resto de los/las profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente; se sugiere que las visitas prenatales programadas en las gestaciones sin complicaciones puedan coordinarse por matronas. Los aspectos que han determinado la fuerza y la dirección de esta recomendación han sido la calidad alta de la evidencia, ya que todos los ensayos clínicos controlados aleatorios disponibles estuvieron libres de sesgo en su diseño y ejecución y mostraron resultados muy consistentes.

Por otro lado, autores como Hattem et al., ⁽⁵⁾, en su estudio, analiza un total de 31 estudios identificados en una revisión sistemática, y se seleccionaron 11 ensayos clínicos controlados aleatorizados (12.276 mujeres). La mayoría de los estudios compararon un modelo de atención al embarazo, parto y puerperio dirigido por matronas frente a un modelo de atención compartida (matronas, obstetras y de médicos de familia). Los resultados del metaanálisis realizado mostraron que las mujeres que fueron atendidas mediante modelos dirigidos por matronas, en comparación con las mujeres que fueron atendidas en otros modelos, fueron menos propensas a ser ingresadas en el hospital durante el embarazo: RR 0,90 [IC 95% 0,81 a 0,99], a recibir analgesia regional durante el parto: RR 0,81 [IC 95% 0,73 a 0,91], y a requerir una episiotomía: RR 0,82 [IC 95% 0,77 a 0,88]. Las mujeres atendidas en modelos dirigidas por matronas eran más propensas a tener un parto vaginal espontáneo: RR 1,04 [IC 95% 0,91 a 1,17], con una mayor sensación de control durante el parto: RR 1,74 [IC 95% 1,32 a 2,30], a ser atendidas por matronas conocidas: RR 7,84 [IC 95% 4,15 a 14,81], y a iniciar la lactancia materna: RR 1,35 [IC 95% 1,03 a 1,76]. Además, las mujeres que recibieron atención dirigidas por matronas fueron menos pro-

piensas a tener una pérdida fetal antes de las 24 semanas de gestación: RR 0,79 [IC 95% 0,65 a 0,97] y tuvieron una estancia hospitalaria más corta: DMP -2 días, [IC 95% -1,85 a -2,15]. No hubo diferencias estadísticamente significativas, entre los modelos comparados, en relación a los resultados sobre muerte fetal y neonatal general: RR 0,83 [IC 95% 0,70-1,00].

Las recomendaciones y los resúmenes de la evidencia científica de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal ⁽⁶⁾ se basaron en esta revisión sistemática descrita. Y esta misma Guía concluye con los siguientes resúmenes de la evidencia científica y recomendaciones: la atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos: disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una sensación mayor de control y una mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención, además la satisfacción parece mayor; se recomienda que los equipos de atención al parto

hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad; hay que tener en cuenta que los beneficios observados provienen de modelos en los que las matronas ofrecen atención prenatal en el embarazo, intraparto y posparto, tanto en atención primaria como en el hospital. Atendiendo a los beneficios observados con modelos de matronas en partos de bajo riesgo, se considera que los profesionales de la medicina deberían intervenir sólomente en caso de que se surgiera alguna complicación fuera de los límites de la normalidad.

Otros autores como Hodnett et al. ⁽¹⁸⁾, en su estudio analizó ensayos controlados que comparaban la continuidad de la atención con la atención habitual durante el embarazo, el parto y el período postnatal. Se incluyeron dos estudios (1.815 mujeres), y los dos ensayos compararon la continuidad de la atención por matronas con la no continuidad de la atención por una combinación de médicos y matronas. Los ensayos fueron de buena calidad. En comparación con la atención habitual, fue menos probable que las mujeres que recibieron una continuidad de la atención de un equipo de matronas ingresaran a un hospital antes del parto (OR 0,79; intervalo de confian-

za del 95%: 0,64 a 0,97) y fue más probable que concurrieran a programas de educación maternal (OR 0,58; intervalo de confianza del 95%: 0,41 a 0,81). También tenían una menor probabilidad de recibir fármacos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (OR 0,53; intervalo de confianza del 95%: 0,44 a 0,64) y sus recién nacidos tenían una menor probabilidad de requerir reanimación (OR 0,66; intervalo de confianza del 95%: 0,52 a 0,83). No se detectaron diferencias en las puntuaciones de Apgar, el bajo peso al nacer y las muertes neonatales. A pesar de que tenían una menor probabilidad de presentar una episiotomía (OR 0,75; intervalo de confianza del 95%: 0,60 a 0,94), las mujeres que recibían una continuidad de la atención tuvieron una mayor probabilidad de presentar un desgarro vaginal o perineal (OR 1,28; intervalo de confianza del 95%: 1,05; 1,56). Del mismo modo, tenían una mayor probabilidad de estar agradecidas con la atención antes, durante y después del parto ⁽¹⁸⁾.

En su resumen concluye que las mujeres que recibían una continuidad de la atención de un equipo de matronas tenían una mayor probabilidad de tratar las preocupaciones antes y después del parto, concurrir a las clases prenatales, dar a luz sin analgésicos, sentirse bien preparadas y con el apoyo necesario du-

rante el trabajo de parto y sentirse preparadas para el cuidado del niño ⁽¹⁸⁾.

La satisfacción materna en los modelos de atención dirigidos por matronas parece ser mayor también ^(5,8,19), y con respecto al debate acerca del coste clínico y coste-efectivo de los diferentes modelos de atención para las mujeres sanas, parece que existe una tendencia hacia un ahorro de costes en los modelos de atención por matronas, en comparación a otro tipo de modelos ^(10,20).

Como limitaciones de este estudio, no se analizó la atención proporcionada por matronas a las mujeres con complicaciones médicas y obstétricas, conjuntamente con los médicos. Países como Reino Unido, Francia, Australia y Nueva Zelanda proporcionan este tipo de atención. Sin embargo, otros países, como los Países Bajos, la atención proporcionada por las matronas, sólo se limita a las mujeres que presentan un embarazo de bajo riesgo y sin complicaciones ⁽⁵⁾.

En conclusión, el modelo de atención por matronas en el embarazo y parto de bajo riesgo, tiene varios y mejores beneficios con respecto al resto de modelos de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koblinsky, M., Matthews, Z. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*. 2006; 368 (9544), 1377-86.
2. World Health Organization. The World Health Report: working together for health. Geneva: 2006. WHO.
3. De Vries, R., Benoit, C., Van Teijlingen, E., Wrede, S. Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Northern Europe. New York: 2001. Routledge.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. 2001. [ISBN 1-900364-66-2.]
5. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2).
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. 2010.
7. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013. CD004667.
8. Sandall, J., Soltani, H., Puertas, S., Shennan, A., Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*-2015. CD004667.
9. Henderson, J., McCandlish, R., Kumiega, L., Petrou, S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2001; 108, 149-157.
10. Kenny, C., Devane, D., Normand, C., Clarke, M., Howard, A., Begley, C.. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*. 2015; 31(11), 1032-8.
11. Homer, C.S., Friberg, I.K., Dias, M.A. et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014; 384, 1146-1157.
12. Horton, R., Astudillo, O. The power of midwifery. *Lancet*. 2014; 384, 1075-1076.
13. Wiegerinck, MM., Van der Goes, BY., Ravelli, AC., Van der Post, JA., Klinkert, J., Brandenbarg, J., Buist, FC., Wouters, MG., Tamminga, P., de Jonge, A., Mol, BW. Intrapartum and neonatal mortality in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Amsterdam region of the Netherlands: A retrospective cohort study. *Midwifery*. 2015; 31(12),1168-76.
14. Villar J., H. Ba'aqeel, G. Piaggio, P. Lumbiganon, J. Miguel Belizan, U. Farnot, Y. AIMazrou, G. Carroli, A. Pinol, A. Donner, A. Langer, G. Nigenda, M. Mugford, J. FoxRushby, G. Hutton, P. Bergsjø, L. Bakketeig, H. Berendes, and J. Garcia. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* . 2001; 357 (9268):1551-1564.
15. Khan-Neelofur D., M. Gulmezoglu, and J. Villar. 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. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1998; 12 Suppl 2:7-26.
16. National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual.[monografía en Internet]. London: NICE: National Institute for Clinical Excellence,13-4-2007[acceso 15-5-2008]; Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=422950>.
17. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. 2014.
18. Hodnett ED. Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford, 2008.Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Forster, DA., McLachlan, HL., Davey, MA., Biro, MA., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., Waldenström, U. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16:28.
20. Bernitz, S., Aas, E., Øian, P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery* . 2012; 28, 591-599.

