

Prácticas beneficiosas

Terapia con sulfato de magnesio para mujeres con eclampsia para prevenir la recurrencia de convulsiones

La eclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por convulsiones y aumento de la presión arterial. Aunque poco frecuente (1 caso cada 1000-2000 partos) es aún un problema serio que puede ocasionar la muerte si no se maneja correctamente. La eclampsia provoca alrededor del 10% de las muertes maternas y se estima que cada año alrededor de 50.000 mujeres mueren en el mundo por esta causa.

La práctica estándar sugiere utilizar un anticonvulsivante (medicación para evitar las convulsiones) para prevenir los ataques convulsivos, pero la elección del agente apropiado está en discusión. Hasta hace muy poco, la evidencia a favor de alguna de las opciones de tratamiento era escasa, y su diversidad en la práctica clínica enorme. Por ejemplo, el sulfato de magnesio es el fármaco de elección en las Américas, pero sólo un 2% de los obstetras en el Reino Unido lo utilizan. Otros anticonvulsivantes utilizados son el diazepam, la fenitoína y el cóctel lítico (en general formado por clorpromacina, prometacina y petidina) que aún se usa en algunos países en vías de desarrollo.

En una revisión sistemática que incluye cinco investigaciones clínicas aleatorizadas, donde se compara el resultado del uso de sulfato de magnesio y diazepam para la atención de mujeres con eclampsia, se concluye que el sulfato de magnesio debe ser la medicación de primera elección, ya que se asocia con una disminución importante de la recurrencia de las convulsiones y una tendencia a la reducción de las muertes maternas sin perjudicar al niño.

Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

Suplementación de hierro en forma rutinaria durante el embarazo para prevenir la anemia

A medida que el embarazo avanza la mayoría de las mujeres presentan cambios hematológicos que sugieren déficit de hierro y anemia.

Durante el embarazo la demanda de hierro aumenta para cubrir las necesidades del feto, la placenta y la masa roja. Aunque este aumento de la demanda es parcialmente cubierto por la ausencia de pérdida menstrual y por una mejor absorción del hierro, en los países en vías de desarrollo el aporte de hierro en la dieta no llega a satisfacer todas las necesidades.

La anemia durante el embarazo es un importante problema de salud en estos países, donde a los factores nutricionales se suman otros como la malaria y las infecciones parasitarias que contribuyen a aumentar las enfermedades y la mortalidad materna y del recién nacido. La anemia severa aumenta el riesgo de la madre y del hijo de enfermar o morir durante el embarazo.

En los países desarrollados el descenso en los valores hematimétricos no es importante en mujeres que reciben una alimentación adecuada.

Una revisión de la literatura científica realizada en 1997 analizó 28 estudios que comparaban los efectos de distintos tratamientos a dos grupos de mujeres embarazadas durante aproximadamente 16 semanas. A un grupo se le dio hierro en forma rutinaria; las mujeres del otro grupo recibieron un placebo o se les administró hierro cuando tenían indicación de recibirlo.

La revisión concluye que la suplementación en forma rutinaria con hierro y ácido fólico previene la anemia al final del embarazo. Hay poca información acerca de otros resultados en la madre o el hijo.

CONCLUSION: Se recomienda la suplementación con hierro y ácido fólico en poblaciones con alta frecuencia de mujeres anémicas durante el embarazo (más del 20%).

Mahomed K. Routine iron supplementation during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002 . Oxford: Update Software.

Administración de antibióticos profilácticos en la operación cesárea para disminuir la incidencia de endometritis.

El factor de riesgo más importante para infección materna post parto es la operación cesárea. Las mujeres a las que se les realiza una cesárea tienen 5 a 20 veces más riesgo de infección comparado con un parto vaginal. Las tasas de cesárea presentan un promedio de infección de un 10% a 20% en los países desarrollados y un porcentaje aún mayor en los países de América Latina.

Las complicaciones infecciosas que ocurren luego de una cesárea constituyen una causa importante de morbilidad materna y se asocian con una mayor permanencia en el hospital.

Una revisión sistemática que incluye 66 investigaciones clínicas aleatorizadas evalúa los efectos de la profilaxis antibiótica en las complicaciones infecciosas de las mujeres a las que se realiza una cesárea.

Los estudios comparan profilaxis antibiótica versus no tratamiento.

La reducción de endometritis en 2 a 3 veces justifica la política de administrar antibióticos profilácticos en aquellas mujeres a las que se va a realizar una cesárea.

Se concluye que el uso de antibióticos en forma profiláctica, reduce la incidencia de episodios de fiebre, endometritis, infección de la herida, infección urinaria e infección grave luego de una cesárea.-

Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Tratamiento con antibióticos de la bacteriuria asintomática para la prevención de la pielonefritis en el embarazo y el parto pretérmino.

La bacteriuria asintomática, definida como una colonización persistente de bacterias en el tracto urinario en ausencia de síntomas específicos, se da entre el 5% y el 10% de los embarazos. Se utilizó como diagnóstico de bacteriuria la detección de más de 100.000 bacterias/ml en dos muestras de orina limpia consecutivas. Actualmente se acepta el diagnóstico con la detección de más de 100.000 colonias/ml en una sola muestra de chorro medio de orina.

Aunque la bacteriuria asintomática en mujeres no embarazadas en general se considera benigna, la obstrucción urinaria durante el embarazo puede conducir a la estasis y aumenta la probabilidad de padecer pielonefritis. Si la bacteriuria asintomática no se trata, entre un 20% a 30% de mujeres embarazadas desarrollarán pielonefritis aguda. La relación entre la bacteriuria asintomática y el pretérmino/bajo peso al nacer está en discusión.

Existe una revisión sistemática que incluye trece investigaciones clínicas aleatorizadas cuyo objetivo es estudiar los efectos del tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática del embarazo, sobre el desarrollo de pielonefritis, el riesgo de parto pretérmino, y la persistencia de bacteriuria durante el embarazo y el postparto. Estos estudios comparan los efectos de cualquier régimen antibiótico en mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática, versus placebo. Los resultados indican que el tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática en la embarazada, se asocia con una importante reducción del riesgo de pielonefritis gravídica y una aparente reducción de la incidencia de parto pretérmino.

Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 32002. Oxford: Update Software:

Apoyo emocional y psicosocial durante el parto.

Uno de los factores importantes como causa de disconfort de la mujer durante el parto es el entorno hospitalario, con la separación de su familia y el estar controlada por personal extraño. Esto se modifica cuando la mujer está acompañada por amigos, familiares o personas especialmente entrenadas para dar apoyo emocional (Keirse y col., 1989 ;Chalmers, 1989).

El estar acompañada durante el trabajo de parto es una instancia apoyada en el sentido común y un derecho de la mujer; a pesar de esto, es negada sistemáticamente en muchos hospitales de Latinoamérica aduciendo que son reglas para mejorar el funcionamiento. Sin embargo sería interesante saber si existe evidencia de que estas reglas contribuyen a un parto más placentero para la madre y su hijo. La mejor evidencia se encuentra en la revisión sistemática realizada por Hodnett que demuestra que el apoyo emocional durante el trabajo de parto comparado con las normas hospitalarias habituales produce efectos beneficiosos tanto en las madres como en sus hijos (Hodnett, 1998; Langer 1998). La revisión estudia nueve trabajos controlados donde se compara soporte emocional continuado durante el parto por un familiar o una persona preparada para ello, versus las normas habituales.

La presencia continua de una persona sin relación social con la madre entrenada para dar apoyo emocional, redujo la necesidad de analgésicos en un 16%, la incidencia de cesárea en un 23%, y la depresión del recién nacido a los 5 minutos en un 50%.

Las conclusiones son que dados los claros beneficios sin riesgos conocidos del apoyo emocional durante el parto, se deben extremar los esfuerzos para que éste se realice en todas las mujeres no sólo por alguien cercano a ella sino por personal entrenado a tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando confort y estímulo.

Hodnett,DE.Caregiver support for women during childbirth.(Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Keirse MJNC,Enkin M, LumleyJ.Social and profesional support during childbirth. In: Chalmers,I,Enkin M W, Keirse MJNC.Effective care in pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989, pp805-814.

Langer A.Commentary on: Hodnett DE.Support from caregivers during childbirth.(Cochrane Review). The Who Reproductive Health Library. HRP-RHT,Nº1,1997.

Control prenatal realizado por parteras y médicos generales versus control realizado por obstetras.

Se realizó una revisión sistemática que analizó tres investigaciones clínicas aleatorizadas donde se compara el control prenatal de rutina realizado por parteras o médicos generales para embarazadas de bajo riesgo versus aquél realizado por un obstetra –ginecólogo. Se concluye que los resultados en los tres estudios fueron similares en términos de efectividad clínica y percepción de la mujer de buena atención en ambos grupos.

En algunas instancias estos resultados fueron mejores en el grupo que fue controlado por parteras y por médicos generales.-

Villar J,Carroli G,Khan-Neelofour D,Piagggio G,Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review).In: The Cochrane Library, Issue 3,2002 .Oxford:Update Software.

Lactancia sin restricciones

La creencia en muchos médicos de que el niño que recibe lactancia materna debe ser alimentado cada estricto intervalo de tiempo (que según distintas “modas” varía entre 2 y 4 horas), se mantiene vigente aún actualmente. Incluso algunos profesionales de la salud sostienen que el niño no debe ser alimentado de noche. Como consecuencia de esta práctica muchas madres deciden abandonar la lactancia y alimentar a sus hijos con fórmulas.

Muchos niños alimentados bajo este régimen de horario estricto permanecen subalimentados dado que requieren comer cada intervalo de tiempos menores. Cuando ocurre esto, se les informa a las madres que si sus hijos requieren alimentarse más seguido es debido a que ellas tienen leche en cantidad insuficiente.

Otra práctica habitual es fijar el tiempo necesario para alimentarse. Hay médicos que aconsejan limitar el tiempo de succión y fijar el intervalo entre mamada y mamada para evitar la formación de grietas del pezón y disminuir la turgencia mamaria.

Una revisión que incluye dos estudios donde se comparan niños alimentados con régimen estricto versus con alimentación a libre demanda, concluye que la lactancia con restricciones produce un aumento en el abandono de la lactancia a las 4 – 6 semanas postparto, un aumento de grietas en el pezón y de la turgencia mamaria, y un aumento en la suplementación de la lactancia con fórmulas.

A la luz de este aumento de problemas no hay nada que justifique una lactancia con restricciones.-

Renfrew MJ. Restricted schedule of breastfeeding. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration; Issue 2, 1995. Oxford: Update Software.

Suplementación con yodo en zonas de alto cretinismo endémico

El déficit de yodo es causa de retardo mental en el mundo y aunque existen países que han solucionado esta condición aún existen regiones donde la prevalencia de cretinismo endémico alcanza un 3-15%. La suplementación con yodo puede realizarse ya sea yodando (con yoduro de potasio) la sal, té, pan, o suplementando con yodo oral o inyectable. Si bien se considera que la suplementación con yodo es inocua existe la posibilidad que altas dosis de yodo tengan un efecto supresor en la función tiroidea materna.

Se analizan seis investigaciones que evalúan los efectos de la suplementación con yodo antes o durante el embarazo en áreas con déficit de yodo.

La suplementación con yodo debe ser efectuada en áreas deficitarias.

La forma de suplementación debe tener en cuenta la severidad del déficit, los costos y la disponibilidad de los diferentes preparados. Deben implementarse programas de yodinización del agua en aquellos países con niveles altos de cretinismo endémico.

Mahomed K, Gulmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Prostaglandinas para maduración del cuello uterino

Una revisión sistemática que incluye cuarenta y cinco investigaciones clínicas aleatorizadas evalúa el efecto de las prostaglandinas para la maduración del cuello uterino, (utilizadas por cualquier vía para inducción del parto).

Esta revisión brinda evidencia suficiente para sostener que el uso de prostaglandinas para madurar el cuello ciertamente es útil. El tratamiento es mejor que el placebo o no tratamiento para comenzar el trabajo de parto, para evitar la necesidad del uso de ocitócicos, y para realizar el parto dentro del período de maduración del cuello. También reduce la probabilidad de no tener el parto dentro de las 12 horas del comienzo de la inducción, lo cual significa una ventaja en cuanto al cuidado continuo del trabajo de parto y parto. Por otro lado el tener un parto vaginal dentro de las 24 a 48 horas luego de la inducción es más frecuente en aquellas mujeres tratadas con prostaglandinas que en el grupo control. La incidencia de operación cesárea fue menor en el grupo tratado que en el grupo control. La necesidad de parto vaginal operatorio se redujo entre un 15% y un 45%.-

Keirse MJNC.Any prostaglandin/any route for cervical ripening. The Cochrane Pregnancy and Childbirth.Database,Issue 2,1995.Pre-Cochrane Reviews.

Cesárea electiva para presentación podálica.

El uso rutinario de la cesárea en la presentación podálica ha sido implementado ampliamente sin tener evidencia proveniente de investigaciones clínicas aleatorizadas (ICA) acerca de los beneficios de dicha conducta. La interpretación de los estudios observacionales que analizan los resultados luego de un parto vaginal en la presentación podálica se confunde por el hecho que la presentación podálica parece ser marcadora de pobres resultados perinatales. Por ejemplo, la discapacidad infantil que sigue a la presentación podálica es alta (19.4%) ya sea que hayan tenido un parto vaginal o cesárea. Por lo tanto los malos resultados que siguen a un parto vaginal pueden ser el resultado de la presentación podálica y no de la forma de terminación del parto. En una revisión de dos investigaciones clínicas aleatorizadas y siete estudios de cohorte, la diferencia de riesgo entre el trabajo de parto y la cesárea electiva para injuria o muerte perinatal fue de 1.1%. Sin embargo los estudios de cohorte presentan errores, ya que los factores que influyen en la elección de la forma de terminación del parto pueden tener más relación con el resultado para el recién nacido que el método en sí mismo.

Por estas razones se requería investigación proveniente de investigaciones clínicas aleatorizadas para determinar si los beneficios para el recién nacido realizando cesárea electiva de rutina eran suficientes como para justificar someter a las mujeres a los riesgos de una cesárea.

Existe una revisión sistemática realizada en noviembre de 2000 cuyo objetivo fue evaluar los efectos de la cesárea electiva para la presentación podálica en medidas de resultado perinatales.

Fueron incluidas tres ICAs que comparaban cesárea electiva versus parto vaginal para la presentación podálica. Se concluye de esta revisión que la cesárea reduce significativamente la muerte perinatal y neonatal así como la morbilidad neonatal, a expensas de un leve aumento de morbilidad materna.

Hofmeyr GJ,Hannah ME.Planned caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002.Oxford:Update Software.

Corticoides antenatales en embarazadas con alto riesgo de parto pretérmino para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria, la muerte neonatal y la hemorragia intraventricular.

El síndrome de dificultad respiratoria es una complicación grave de la prematuridad. Es causa de mortalidad y morbilidad significativas, inmediatas y a largo plazo, y contribuye a incrementar los costos del tratamiento intensivo neonatal. En 1969 Liggins llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado, con el que probó la eficacia del tratamiento antenatal con corticoides en seres humanos para reducir la incidencia del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR). A pesar de los repetidos ensayos controlados aleatorizados en los años setenta y ochenta, y de una revisión sistemática de éstos, realizada en 1987, que proporcionaron evidencia incuestionable a favor del

tratamiento, los obstetras han tardado en adoptarlo, inclusive hay lugares en nuestra región donde no se aplican rutinariamente.

Existe una revisión sistemática, actualizada en enero de 1996, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad inmediata y a largo plazo, de los corticoides administrados a mujeres embarazadas con el propósito de acelerar la madurez pulmonar del feto, ante la sospecha de un parto pretérmino.

Se incluyen en la revisión dieciocho ensayos con datos de 3517 recién nacidos, donde se compara el tratamiento con corticoides (betametasona, dexametasona o hidrocortisona) versus placebo.

La administración prenatal de corticoides, redujo la mortalidad, el SDR y la hemorragia intraventricular en los neonatos pretérmino. Estos beneficios se extienden a una gama amplia de edades gestacionales y no están limitados por factores de sexo o raza. Tampoco se han identificado efectos adversos.

Por lo tanto deben realizarse todos los esfuerzos posibles para considerar la administración de corticoides a las mujeres con alto riesgo de un parto pretérmino.

Crowley P. Prophylactic corticosteroides for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 32002. Oxford: Update Software.

Patrones de control prenatal rutinario para embarazos de bajo riesgo.

Los programas de control prenatal como se practican actualmente se originan de modelos europeos y han permanecido prácticamente sin modificar desde principios de siglo. Aunque se han desarrollado nuevas tecnologías que se utilizan en el control rutinario como método de screening, no existe suficiente evaluación científica ni evidencia concreta acerca de su uso, ni tampoco acerca de cuál es el intervalo de tiempo más adecuado entre los controles.

Las prácticas que se utilizan en el control prenatal son a veces más ritualistas que basadas en el pensamiento científico. Si bien el control prenatal es claramente beneficioso, cómo éste previene la morbimortalidad materna y perinatal es un tema más complejo. Algunos procedimientos que se implementan tienen más impacto en la salud y otros pueden no tener ningún efecto. Además el control prenatal varía según las diferentes regiones.

Existen estudios epidemiológicos y observacionales que tienden a mostrar que aquellas mujeres que reciben control prenatal tienen menor mortalidad materna y perinatal y mejores resultados en el embarazo. Estos estudios tienden a mostrar la relación entre el número de controles y la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

Además de la frecuencia y el número de controles también se intenta evaluar la calidad de cada control, jerarquizando que éstos se focalicen en las conductas que están demostradas científicamente como efectivas y que tienen impacto en el resultado perinatal.

Pensamos que la clave no es cuántos controles necesitan las mujeres sino la implementación de aquellas prácticas que están comprobadas científicamente como

beneficiosas. Existe una revisión sistemática que incluye 8 investigaciones clínicas aleatorizadas donde se comparan programas de control prenatal de frecuencia variable, tiempo de las visitas y tipo de profesional que las realiza. Su objetivo es evaluar la efectividad tanto clínica como psicosocial de los programas de control prenatal para embarazos de bajo riesgo.

Esta revisión concluye que, en los países desarrollados que tienen servicios obstétricos eficientes, pequeñas reducciones en el número de visitas prenatales son compatibles con buenos resultados perinatales. Un solo estudio realizado en un país en vía de desarrollo, llegó a iguales resultados.

Hasta que exista mayor evidencia, se sugiere que se deben realizar como mínimo cuatro controles prenatales a toda mujer portadora de un embarazo de bajo riesgo.

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofour D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Manejo activo del alumbramiento.

La hemorragia post parto es la causa más común de mortalidad materna en el mundo provocando aproximadamente la mitad de las 500.000 muertes que ocurren por año; el 99% de éstas se producen en países en vías de desarrollo. La hemorragia post parto es la complicación más importante del alumbramiento.

Existe una revisión sistemática que incluye tres investigaciones clínicas aleatorizadas donde se comparan los efectos del manejo activo rutinario del alumbramiento o tercera etapa del parto (administración de un oxitócico profiláctico a la salida del hombro fetal o después del nacimiento, el pinzamiento temprano y sección del cordón umbilical, y la tracción controlada del cordón umbilical para la extracción de la placenta), con el manejo expectante (política de no intervención, en espera de los signos del desprendimiento de la placenta y de su expulsión espontánea).

El manejo expectante también conocido como fisiológico o conservador, se utiliza en algunos países del norte europeo y algunas regiones en Estados Unidos, Canadá y Latinoamérica. Es la práctica habitual en los partos domiciliarios en los países en vías de desarrollo.

El manejo activo redujo el riesgo de hemorragia (sangrado) postparto en un 62%, así como también el riesgo de anemia y de necesidad de transfusión durante el puerperio; se asoció con un mayor riesgo de náuseas, vómitos e incremento de presión sanguínea en la madre (cuando se utilizaron preparaciones de ergotina). No hubo efectos aparentes en el recién nacido.

De lo anterior se desprende que el manejo activo del alumbramiento debe ser de elección en los casos de mujeres con embarazo único, parto vaginal, y a nivel hospitalario.

Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Inducción del parto luego de las 41 semanas.

La evidencia de estudios observacionales muestra que la morbimortalidad perinatal está aumentada en embarazos de bajo riesgo de más de 42 semanas. Los obstetras han recurrido a las siguientes opciones de manejo ante esta situación:

- Inducción rutinaria del parto alrededor de las 40 semanas de gestación.
- Inducción rutinaria del parto luego de las 41 semanas.
- Inducción rutinaria del parto luego de las 42 semanas.
- Inducción selectiva del parto según la detección de anomalías electrocardiográficas.

Existe una revisión sistemática que estudió las siguientes hipótesis:

- La ecografía rutinaria en forma temprana reduce la cantidad de mujeres que requieren la inducción del parto debida a embarazo prolongado.
- El embarazo prolongado puede ser prevenido aconsejando a las mujeres a estimular los pezones desde las 39 semanas hasta el parto.
- La inducción rutinaria del parto reduce la morbimortalidad perinatal sin aumentar los resultados adversos maternos, la no satisfacción materna, ni los costos.
- Cuando se propone una política de inducción selectiva del parto el monitoreo fetal complejo no es más efectivo que el monitoreo simple para identificar embarazos de riesgo.

Se incluyeron veintiséis investigaciones clínicas aleatorizadas. Cuatro estudios trataron acerca de la ecografía rutinaria, dos de la estimulación de los pezones, diecinueve acerca de la inducción rutinaria versus selectiva y uno acerca del monitoreo fetal. La ecografía rutinaria temprana reduce la incidencia de embarazo de postérmino, la estimulación de los pezones no modifica la incidencia de embarazo de postérmino.

La inducción rutinaria del parto podría reducir la mortalidad perinatal en un 62 % (RR 0.38 IC 0.14-1.08). Este beneficio se observa cuando la inducción se realiza luego de las 41 semanas de gestación. La inducción rutinaria del parto no tiene efecto en la incidencia de cesárea.

Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). In: The cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford:Update Software.

Uso de surfactante natural para prevenir morbimortalidad en recién nacidos pretérmino.

El síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido es causado por una deficiencia o disfunción del surfactante pulmonar. El surfactante tapiza la superficie alveolar y previene las atelectasias al final de la respiración.

Se han realizado estudios utilizando surfactante natural (humano o animal) o sintético para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos con alto riesgo de desarrollarlo. En estos estudios, los niños fueron asignados aleatoriamente a recibir surfactante o placebo inmediatamente luego del parto, antes del inicio de sintomatología respiratoria o dentro de los 15 minutos de nacido.

Existe una revisión sistemática que incluye ocho investigaciones clínicas aleatorizadas que compara administración profiláctica de surfactante natural versus placebo con el objetivo de evaluar el efecto de la administración profiláctica de surfactante natural intratraqueal en recién nacidos pretérmino con alto riesgo de desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria.

Los autores concluyen que la administración de surfactante natural intratraqueal en esta población mejora los resultados clínicos. Se observó que estos niños presentaron menor riesgo de neumotórax, enfisema pulmonar intersticial, mortalidad neonatal y displasia broncopulmonar.

Soll F. Prophylactic natural surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants.(Cochrane Review) In :The Cochrane Library, issue 3, 2002.Oxford :Updated Software.

Suplemento de ácido fólico pre y periconcepcional para prevenir la recurrencia de los defectos del tubo neural.

Los defectos del tubo neural (DTN) (anencefalia, espina bífida con o sin hidrocefalia, encefalocele) son malformaciones congénitas que aparecen durante el desarrollo del cerebro y de la médula espinal. El cierre incompleto del tubo neural ocasiona los DTN. La anencefalia es incompatible con la vida, las otras dos alteraciones tienen una alta mortalidad perinatal e infantil.

Las alteraciones en el desarrollo en los niños que sobreviven (trastornos del aprendizaje, incontinencia urinaria, movilidad reducida) pueden ser severas dependiendo su severidad de la localización del defecto, su tamaño, la extensión de tejido nervioso dañado y el grado de hidrocefalia. El tamizaje para la detección de alfa-fetoproteína sérica durante el segundo trimestre o el examen ecográfico puede identificar más del 80% de los embarazos afectados y usualmente es seguido de la terminación del mismo. Si bien esto ha ocasionado una disminución en la prevalencia de DTN no previene el desarrollo de los mismos durante las etapas tempranas del embarazo.

Existe una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar los efectos del aumento en el consumo de multivitaminas o folatos antes del embarazo y durante los dos primeros meses del embarazo, en la prevalencia de DTN.

Esta revisión incluye cuatro investigaciones clínicas aleatorizadas que estudian en total 6425 mujeres que comparan suplementación periconcepcional de multivitaminas versus placebo, de folatos versus placebo y de multivitaminas versus folatos. También se comparan diferentes dosis, el consejo acerca de dietas ricas en folatos previo al embarazo comparado con el cuidado habitual y el brindar información acerca de este tema comparado con no darla. Los resultados fueron que la suplementación periconcepcional de folatos reducía la incidencia de defectos del tubo neural en un 72 % (riesgo relativo 0.28, 95 % intervalo de confianza 0.13 - 0.58). La suplementación

de folatos no aumentó la incidencia de aborto, embarazo ectópico ni feto muerto, aunque puede haber aumento de embarazo múltiple. Las multivitaminas solamente no están asociadas con prevención de DTN y no producen ningún efecto preventivo adicional cuando se dan con el ácido fólico.

La suplementación periconcepcional con ácido fólico tiene un fuerte efecto protector contra los defectos del tubo neural. Se debe brindar información a todas las mujeres acerca del ácido fólico. Aquellas mujeres que tienen hijos con DTN deben saber que tienen un riesgo aumentado de recurrencia en posteriores embarazos y se les debe ofrecer suplementación con ácido fólico en forma continuada.

Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Tratamiento con antibióticos de la rotura prematura de membranas pretérmino, para prolongar el embarazo y reducir la morbilidad infecciosa materna y neonatal.

La rotura prematura de membranas es un problema importante debido a que expone tanto a la madre como al niño al riesgo de infección, parto pretérmino, y a las complicaciones de la prematuridad.

Existe en la literatura una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar la efectividad y la seguridad inmediata y a largo plazo de los efectos de la administración de antibióticos a mujeres con rotura prematura de membranas pretérmino en cuanto a morbilidad infecciosa materna, morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, y en el desarrollo infantil a largo plazo. Se incluyeron 13 investigaciones clínicas aleatorizadas, que comparaban tratamiento antibiótico versus placebo en una población de mujeres embarazadas con rotura prematura de membranas pretérmino (antes de las 37 semanas).

El uso de antibióticos siguiendo a una rotura prematura de membranas pretérmino (RPPM) se asoció con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección materna después del parto previa al alta. Hubo una significativa reducción en el número de niños nacidos dentro de las primeras 48 horas y dentro de los primeros 7 días después de la rotura prematura de membranas, y en la ocurrencia de infección neonatal incluyendo neumonía, y cultivos de sangre positivos. Se observó también una reducción en el número de niños que requirieron oxigenoterapia (ventilación) durante más de 28 días. Los niños en el grupo tratado requirieron menos tiempo en Cuidados Intensivos Neonatales. Hubo una significativa reducción en el número de niños con anomalías cerebrales detectadas por ultrasonido antes del alta hospitalaria. No se ha demostrado sin embargo que estos efectos produzcan una mejora global en las tasas de morbilidad y mortalidad neonatales.

No hubo evidencia de efectos adversos asociados con el uso de antibióticos.

Las conclusiones de los autores de la revisión es que hay suficiente evidencia de mejores resultados maternos y fetales que justifican la administración de rutina de antibióticos en la rotura prematura de membranas pretérmino. Hay suficientes datos para recomendar la prescripción de antibióticos macrólidos en esta situación clínica, no así los antibióticos betalactámicos por asociarse con un aumento significativo de enterocolitis necrotizante.

En suma la terapéutica antibiótica administrada después de la rotura prematura de membranas pretérmino es efectiva para prolongar el embarazo y para reducir la morbilidad neonatal; esta demora en el parto puede dar suficiente tiempo para que la terapia con corticosteroides profilácticos haga efecto. Estos datos apoyan el uso de rutina de antibióticos en esta situación clínica.

Kenyion S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

Versión cefálica externa al término del embarazo

La presentación podálica expone tanto al feto como a la madre a un riesgo mayor: tener un parto vaginal complicado o una operación cesárea.

La versión cefálica al término del embarazo difiere de aquella realizada antes del término en que por un lado el feto está maduro y puede ser extraído más rápidamente si se presentaran complicaciones, y además, la versión espontánea así como la reversión luego de una exitosa versión externa son menos frecuentes al término del embarazo.

Una revisión que incluye seis investigaciones clínicas aleatorizadas que comparan los efectos de la versión cefálica al término, con o sin tocólisis, con un grupo control, en el cual no se realizó versión, concluye que hay evidencia suficiente de que la versión cefálica al término de la gestación reduce la probabilidad de nacimientos no cefálicos y la operación cesárea.

Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 32002. Oxford: Update Software

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr L (2000). suspected fetopelvic disproportion and abnormal lie. External cephalic version for breech presentation. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 22: 189-193.