



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Parto inmediato versus diferido del feto prematuro con presunto compromiso fetal para mejorar los resultados (Revisión)

Stock SJ, Bricker L, Norman JE, West HM

Stock SJ, Bricker L, Norman JE, West HM.

Immediate versus deferred delivery of the preterm baby with suspected fetal compromise for improving outcomes (Parto inmediato versus diferido del feto prematuro con presunto compromiso fetal para mejorar los resultados).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD008968.

DOI: [10.1002/14651858.CD008968.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008968.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

Parto inmediato versus diferido del feto prematuro con presunto compromiso fetal para mejorar los resultados (Revisión)

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Parto inmediato versus diferido del feto prematuro con presunto compromiso fetal para mejorar los resultados

Sarah J Stock¹, Leanne Bricker², Jane E Norman¹, Helen M West³

¹MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh Queen's Medical Research Centre, Edinburgh, UK. ²Corniche Hospital, Abu Dhabi, United Arab Emirates. ³Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Department of Women's and Children's Health, The University of Liverpool, Liverpool, UK

Contacto: Sarah J Stock, MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh Queen's Medical Research Centre, Edinburgh, EH16 4TJ, UK. sarah.stock@ed.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2016.

Referencia: Stock SJ, Bricker L, Norman JE, West HM. Immediate versus deferred delivery of the preterm baby with suspected fetal compromise for improving outcomes (Parto inmediato versus diferido del feto prematuro con presunto compromiso fetal para mejorar los resultados). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD008968. DOI: [10.1002/14651858.CD008968.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008968.pub3).

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El parto inmediato del feto prematuro con presunto compromiso puede reducir el riesgo de daño debido a la hipoxia intrauterina. Sin embargo, también puede aumentar los riesgos de prematuridad.

Objetivos

Evaluar los efectos del parto inmediato versus diferido del feto prematuro con presunto compromiso fetal sobre los resultados neonatales, maternos y a largo plazo.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (30 de abril de 2016) y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Ensayos aleatorizados que compararon una política de parto inmediato con parto diferido o manejo expectante en fetos prematuros con presunto compromiso *in utero*. Se consideró la inclusión de ensayos cuasialeatorizados y los que emplearan un diseño aleatorizado grupal, pero no se identificaron estudios de este tipo.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, evaluaron los ensayos para inclusión, así como el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y verificaron su exactitud.

Resultados principales

Se incluyó en la revisión un ensayo con 548 mujeres (588 bebés). Participaron mujeres con embarazos entre 24 y 36 semanas de gestación. El estudio se realizó en 13 países europeos, entre 1993 y 2001. La diferencia en la mediana del intervalo desde la asignación al azar hasta el parto entre el parto inmediato y el parto diferido fue de cuatro días (mediana: 0,9; rango intercuartil [IQR] 0,4 a 1,3) días para el parto inmediato, mediana: 4,9; IQR 2,0 a 10,8) días en el grupo de retraso).

No hubo diferencias claras en las medidas de resultado primarias de **mortalidad perinatal** prolongada (riesgo relativo [RR] 1,17; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,67 a 2,04; un ensayo, 587 recién nacidos, *evidencia de calidad moderada*) ni para el resultado compuesto **muerte o discapacidad a los dos años de edad o después** (RR 1,22; IC del 95%: 0,85 a 1,75; un ensayo, 573 recién nacidos, *evidencia de calidad moderada*) con el parto inmediato en comparación con el parto diferido. Los resultados de estos resultados son consistentes con efectos beneficiosos y perjudiciales apreciables. Más recién nacidos en el grupo de parto inmediato recibieron **ventilación durante más de 24 horas** (RR 1,54; IC del 95%: 1,20 a 1,97; un ensayo, 576 recién nacidos). No hubo diferencias entre los grupos de parto inmediato y parto diferido en otros resultados de mortalidad infantil (**mortinato, mortalidad neonatal, mortalidad posneonatal > 28 días del alta**), morbilidad neonatal individual o marcadores de morbilidad neonatal (**pH del cordón menor de 7,00, Apgar menor de 7 a los cinco minutos, convulsiones, hemorragia interventricular o hemorragia de la matriz germinal, enterocolitis necrotizante y leucomalacia periventricular o ventriculomegalia**).

No se informaron algunos resultados importantes, en particular **ingreso del recién nacido en cuidados intensivos neonatales o en instalaciones de cuidados especiales y síndrome de dificultad respiratoria**. No fue posible calcular las tasas compuestas de **morbilidad neonatal grave**, aunque se informó sobre morbilidades individuales, debido al riesgo de contar dos veces los recién nacidos con más de una morbilidad.

Más recién nacidos del grupo de parto inmediato tuvieron **parálisis cerebral a los dos años de edad o posteriormente** (RR 5,88; IC del 95%: 1,33 a 26,02; un ensayo, 507 recién nacidos). Sin embargo, no hubo diferencias en el **deterioro del desarrollo neurológico a los dos años o después** (RR 1,72; IC del 95%: 0,86 a 3,41; un ensayo, 507 niños), la **muerte a los dos años o después** (RR 1,04; IC del 95%: 0,66 a 1,63; un ensayo, 573 niños), o la **muerte o la discapacidad en la infancia (seis a 13 años)** (RR 0,82; IC del 95%: 0,48 a 1,40; un ensayo, 302 niños). Más mujeres del grupo de parto inmediato tuvieron un **parto por cesárea** que del grupo de parto diferido (RR 1,15, IC del 95%: 1,07 a 1,24, un ensayo, 547 mujeres, *evidencia de calidad alta*). No hubo datos disponibles sobre otros resultados maternos.

El estudio incluido presentó varias deficiencias metodológicas, y el nivel de evidencia de los resultados primarios se calificó como *alto* en el caso de la **cesárea** y de *moderado* en el caso de la **mortalidad perinatal** ampliada y la **muerte o la discapacidad a los dos años o después**. La calidad de la evidencia se disminuyó porque los IC de estos resultados fueron amplios y consistentes con un efecto beneficioso o con daños apreciables. Varios factores pueden haber introducido sesgo: el cegamiento no fue posible debido a la naturaleza de la intervención, los datos sobre el seguimiento en la infancia fueron incompletos debido al desgaste, y no se hicieron ajustes en el análisis por la falta de independencia de los recién nacidos de los embarazos múltiples (39 de 548 embarazos). Este estudio solo incluyó casos de sospecha de compromiso fetal en los que no se conocía con certeza si el parto inmediato estaba indicado, por lo que los resultados se deben interpretar con precaución.

Conclusiones de los autores

Actualmente no existe evidencia suficiente sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales del parto inmediato en comparación con el parto diferido en los casos de presunto compromiso fetal en gestaciones prematuras, para realizar recomendaciones firmes que guíen la práctica clínica. Hay una falta de ensayos que aborden esta cuestión, y las limitaciones del único ensayo incluido hacen que se deba tener cuidado al interpretar y generalizar los hallazgos. Se necesitan más estudios de investigación para guiar la práctica clínica.

Aunque el ensayo incluido es relativamente grande, no tiene suficiente poder estadístico para detectar diferencias en la mortalidad neonatal. No informó resultados maternos aparte del modo del parto, ni evaluó la satisfacción materna o los resultados económicos. La aplicabilidad de las conclusiones está limitada por varios factores: Se incluyeron mujeres con una amplia variedad de complicaciones obstétricas y edades gestacionales, y actualmente el análisis de subgrupos es limitado. Los avances en las técnicas de evaluación Doppler pueden diagnosticar con mayor precisión un compromiso grave y ayudar a tomar decisiones sobre el momento del parto. No es posible suponer los posibles efectos beneficiosos de aplazar el parto durante períodos más largos o más cortos.

Cuando existe incertidumbre sobre el parto de un feto prematuro con presunto compromiso fetal, parece no haber efectos beneficiosos con el parto inmediato. La postergación del parto hasta que los resultados de las pruebas empeoren o el embarazo progrese favorece el parto y puede mejorar los resultados para la madre y el feto.

Es necesario realizar ensayos controlados aleatorizados de alta calidad que comparen el parto inmediato y el diferido cuando se sospecha que el feto está comprometido en embarazos prematuros, para orientar la práctica clínica. Los ensayos futuros deberían informar sobre todos los resultados importantes y deberían tener el poder estadístico adecuado para detectar las diferencias en la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Parto inmediato o retrasado para un feto prematuro con sospecha de compromiso

¿Cuál es el problema?

En el caso de un feto que no recibe suficiente oxígeno o nutrientes, la elección es el parto inmediato (luego de un tratamiento con esteroides para ayudar a los pulmones del feto a madurar) o esperar todo el tiempo que se considere seguro. Esta revisión analizó qué opción fue mejor para las madres y los recién nacidos.

¿Por qué es esto importante?

La espera le permite al feto desarrollarse lo máximo posible y reduce los riesgos asociados con la prematuridad. Los recién nacidos prematuros son más propensos a tener dificultades respiratorias, baja temperatura corporal, bajos niveles de azúcar en la sangre, infecciones e ictericia. Permanecer en el útero puede significar que los órganos vitales del feto se vean afectados por la falta de oxígeno.

¿Qué evidencia se encontró?

Se buscó la evidencia hasta el 30 de abril 2016. Esta revisión incluye un estudio aleatorizado con 548 mujeres embarazadas (y 588 recién nacidos), con embarazos entre 24 y 36 semanas de gestación. El estudio se realizó en 13 países de Europa, entre 1993 y 2001. Se le pidió a las mujeres que participaran si su médico estaba preocupado por el feto, pero no estaba seguro de que el parto inmediato fuera lo mejor. Las mujeres se asignaron al azar a parto inmediato o a parto cuando el médico consideró que era necesario. Hubo algunos problemas con el diseño del estudio que pueden haber afectado los resultados: las mujeres y los médicos sabían en qué grupo se encontraban las pacientes, algunas familias abandonaron el estudio, y los gemelos se analizaron como si fueran recién nacidos sin parentesco. Hubo evidencia de calidad moderada para los principales resultados. Las mujeres solo participaron en el estudio si su médico no estaba seguro de si el feto debía nacer inmediatamente o no. No se conoce si los resultados se aplican cuando el médico piensa que es necesario el parto inmediato o esperar.

La mayoría de los fetos del grupo de parto retrasado permanecieron en el útero cuatro días más que los del grupo de parto inmediato. A más mujeres del grupo de parto inmediato se les practicó una cesárea (*evidencia de calidad alta*) y recién nacidos del grupo inmediato necesitaron apoyo respiratorio mecánico durante más de 24 horas. No hubo una diferencia clara entre el parto inmediato y el tardío en cuanto al número de niños que murieron (alrededor del momento del parto, o en los días y meses posteriores) (*evidencia de calidad moderada*). Tampoco hubo una diferencia clara en el número de recién nacidos que mostraron signos de problemas médicos que se conoce que afectan a los recién nacidos prematuros, como la hemorragia cerebral. El número de niños con parálisis cerebral a los dos años de edad fue mayor en el grupo de parto inmediato, pero no hubo diferencias en cuanto a los trastornos del desarrollo neurológico a los dos años o después, la muerte o la discapacidad a los dos años (*evidencia de calidad moderada*) y la muerte o la discapacidad en la infancia (de seis a 13 años). No se informó sobre algunos resultados importantes como el traslado a la unidad de cuidados intensivos neonatales y los problemas respiratorios. No fue posible agregar el número de recién nacidos con diferentes enfermedades para calcular el número total con una enfermedad, ya que a algunos se les puede haber contado más de una vez.

¿Qué significa esto?

Para los fetos prematuros con presunto compromiso fetal e incertidumbre acerca de si dar a luz o no, no parece existir algún efecto beneficioso con el parto inmediato.

Como sólo hay un ensayo, y tiene deficiencias, se debe ser cuidadoso al aplicar esta evidencia. Todavía no se conoce cuánto tiempo es mejor esperar, y si la espera es mejor en algunas edades gestacionales o para ciertas afecciones que causan compromiso. Mejores métodos para diagnosticar problemas también pueden ayudar a decidir cuándo es mejor que nazca el feto.

El retraso en el parto puede ser mejor para las madres y los fetos, pero es necesario realizar más ensayos de gran tamaño para comprobar si supone una diferencia en resultados poco frecuentes como el número de niños que mueren. Los ensayos futuros deberían ser de alta calidad e informar sobre todos los resultados importantes.