



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Parto prematuro programado versus manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término para mejorar los desenlaces (Revisión)

Bond DM, Gordon A, Hyett J, de Vries B, Carberry AE, Morris J

Bond DM, Gordon A, Hyett J, de Vries B, Carberry AE, Morris J.

Planned early delivery versus expectant management of the term suspected compromised baby for improving outcomes (Parto prematuro programado versus manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término para mejorar los desenlaces).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD009433.

DOI: [10.1002/14651858.CD009433.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009433.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Parto prematuro programado versus manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término para mejorar los desenlaces (Revisión)

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

WILEY

[Revisión de intervención]

Parto prematuro programado versus manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término para mejorar los desenlaces

Diana M Bond¹, Adrienne Gordon², Jon Hyett³, Bradley de Vries³, Angela E Carberry⁴, Jonathan Morris⁵

¹RPA Newborn Care, Royal Prince Alfred Hospital; The Kolling Institute of Medicine, University of Sydney at the Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia. ²Neonatology, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia. ³Department of High Risk Obstetrics, RPA Women and Babies, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia. ⁴Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia. ⁵The Kolling Institute of Medicine, University of Sydney, St Leonards, Australia

Contacto: Diana M Bond, Department of Perinatal Research, Kolling Institute of Medical Research, University of Sydney, Building 52, Level 2, Royal North Shore Hospital, St Leonards, NSW, 2065, Australia. diana.bond@sydney.edu.au.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 8, 2016.

Referencia: Bond DM, Gordon A, Hyett J, de Vries B, Carberry AE, Morris J. Planned early delivery versus expectant management of the term suspected compromised baby for improving outcomes (Parto prematuro programado versus manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término para mejorar los desenlaces). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 11. Art. No.: CD009433. DOI: [10.1002/14651858.CD009433.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009433.pub2).

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

RESUMEN

Antecedentes

Se tiene sospecha de compromiso del feto cuando se dan los siguientes indicadores clínicos: retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), movimientos fetales reducidos (MFR) o cuando las pruebas como la cardiotocografía o ecografía revelan resultados inconsistentes con las mediciones estándar. Los resultados patológicos requerirían la necesidad de un parto inmediato, pero el manejo de los resultados "sospechosos" sigue siendo poco claro y varía mucho entre los centros clínicos. Hay incertidumbre clínica sobre la mejor manera de tratar a las mujeres que acuden a consulta con sospecha de feto comprometido a término en un embarazo por lo demás sano.

Objetivos

Evaluar, utilizando la mejor evidencia disponible, los efectos del parto inmediato frente al manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término sobre los desenlaces 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) (31 de mayo 2015) y en las listas de referencias de los estudios localizados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados o cuasialeatorizados que comparan el manejo expectante frente al parto prematuro programado para las mujeres con sospecha de compromiso fetal a partir de las 37 semanas de gestación o más.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente evaluaron la inclusión y la calidad de los ensayos. Dos autores de la revisión extrajeron los datos de forma independiente. Se verificó la exactitud de los datos. La calidad de la evidencia se evaluó mediante el método GRADE.

Resultados principales

De los 20 informes identificados por la estrategia de búsqueda, se incluyeron tres ensayos (546 participantes: 269 a parto prematuro y 277 a manejo expectante), que cumplían los criterios de inclusión. Dos de los ensayos compararon los resultados en 492 embarazos con RCIU

Parto prematuro programado versus manejo expectante del feto con sospecha de compromiso a término para mejorar los desenlaces (Revisión)

1

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

del feto, y uno en 54 embarazos con oligohidramnios. Los tres ensayos presentaban una calidad razonable y bajo riesgo de sesgo. El nivel de evidencia se calificó como moderado, bajo o muy bajo, bajando la calificación sobre todo por la imprecisión y por algunas medidas indirectas. En general, no había diferencias en los desenlaces principales neonatales de mortalidad perinatal (no hubo muertes en ninguno de los grupos, un ensayo, 459 mujeres, *evidencia calificada como moderada*), morbilidad neonatal de carácter mayor (razón de riesgos [RR] 0,15, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,01 a 2,81, un ensayo, 459 mujeres, *evidencia calificada como baja*), o discapacidad/deficiencia del desarrollo neurológico a los dos años de edad (RR 2,04, IC del 95%: 0,62 a 6,69, un ensayo, 459 mujeres, *evidencia calificada como baja*). No había diferencias en el riesgo de enterocolitis necrotizante (un ensayo, 333 recién nacidos) o de aspiración de meconio (un ensayo, 459 recién nacidos). Tampoco había diferencias en los desenlaces principales maternos informados: mortalidad materna (RR 3,07; IC del 95%: 0,13 a 74,87; un ensayo, 459 mujeres, *evidencia calificada como baja*); y morbilidad materna significativa (RR 0,92; IC del 95%: 0,38 a 2,22; un ensayo, 459 mujeres; *evidencia calificada como baja*).

La edad gestacional en el momento del nacimiento fue de media 10 días más temprana en mujeres asignadas al azar al parto prematuro (diferencia de medias [DM] -9,50, IC del 95%: -10,82 a -8,18, un ensayo, 459 mujeres) y las mujeres en el grupo de parto prematuro presentaban menor probabilidad de tener al neonato pasadas las 40 semanas (RR 0,10, IC del 95%: 0,01 a 0,67, un ensayo, 33 mujeres). Un número significativamente mayor de recién nacidos en el grupo de parto prematuro programado fue ingresado en la unidad de cuidados intermedios (RR 1,28; IC del 95%: 1,02 a 1,61; dos ensayos, 491 neonatos). No había diferencias en el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (un ensayo, 333 neonatos), puntuación de Apgar inferior a siete a los cinco minutos (tres ensayos, 546 neonatos), necesidad de reanimación (un ensayo, 459 neonatos), ventilación mecánica (un ensayo, 337 neonatos), ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (RR 0,88, IC del 95%: 0,35 a 2,23, tres ensayos, 545 neonatos, *evidencia calificada como muy baja*), duración de la estancia en la UCIN/SCN (un ensayo, 459 neonatos) y sepsis (dos ensayos, 366 neonatos).

Los fetos del grupo de manejo expectante tuvieron más probabilidades de tener un peso al nacer de < 2,3 centilo (RR 0,51; IC del 95%: 0,36 a 0,73; dos ensayos, 491 neonatos). Sin embargo, no hubo diferencias en la proporción de neonatos con peso al nacer de < 10 centilo (RR 0,98; IC del 95%: 0,88 a 1,10). No hubo diferencias en ninguno de los desenlaces secundarios maternos informados, entre ellos: tasas de cesárea (RR 1,02; IC del 95%: 0,65 a 1,59; tres ensayos, 546 mujeres, *evidencia calificada como baja*), desprendimiento de placenta (un ensayo, 459 mujeres), preeclampsia (un ensayo, 459 mujeres), parto vaginal (tres ensayos, 546 mujeres), parto vaginal asistido (tres ensayos, 546 mujeres), tasas de lactancia materna (un ensayo, 218 mujeres) y número de semanas de lactancia materna después del parto (un ensayo, 124 mujeres). Hubo un aumento esperado de la inducción en el grupo de parto prematuro (RR 2,05; IC del 95%: 1,78 a 2,37; un ensayo, 459 mujeres).

No se informaron datos sobre los desenlaces secundarios neonatales preespecificados de número de días con ventilación mecánica, encefalopatía isquémica hipóxica moderada-grave o necesidad de hipotermia terapéutica. Tampoco se informaron datos sobre los desenlaces secundarios maternos de la infección posnatal, la satisfacción materna o las opiniones sobre la atención.

Conclusiones de los autores

Una política de parto prematuro programado frente al manejo expectante para un feto con sospecha de compromiso a término no demuestra ninguna diferencia en los desenlaces principales de mortalidad perinatal, morbilidad neonatal o materna significativa o discapacidad del neurodesarrollo. En las mujeres asignadas al azar a un parto prematuro programado, la edad gestacional en el momento del nacimiento era de media 10 días más temprana, las mujeres tenían menos probabilidades de tener un neonato de más de 40 semanas de gestación, tenían más probabilidades de ser inducidas y los neonatos tenían más probabilidades de ser ingresados en la unidad de cuidados intermedios. También hubo una diferencia significativa en la proporción de neonatos con un peso al nacer de < 2,3 centilo, aunque esto no se tradujo en una reducción de la morbilidad. La revisión se basa en un solo ensayo grande y dos ensayos más pequeños que evalúan fetos con RCIU u oligohidramnios y, por lo tanto, no puede generalizarse a todos los embarazos a término con sospecha de compromiso fetal. Existen otros indicios para sospechar un compromiso en un feto a término o cercano, como la percepción materna de DFM y las anomalías ecográficas y/o de CTG. Los futuros ensayos aleatorizados deben evaluar la eficacia del momento del parto para estas indicaciones.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El parto prematuro comparado con esperar al nacimiento en los fetos de los que se cree que no están bien al final del embarazo

¿Cuál es el problema?

¿Qué cuidados hay que dar a los fetos de los que se sospecha que lo están pasando mal al final del embarazo (más allá de las 37 semanas)? Esta situación puede darse porque la placenta ya no funciona bien, lo que significa que al feto le puede faltar nutrición u oxígeno. La pregunta de esta revisión Cochrane es si es mejor inducir el parto o hacer una cesárea (ambas formas de aseguran que el feto nazca antes) en lugar de dejar que el embarazo continúe hasta que el parto se inicie por sí mismo.

¿Por qué es esto importante?

A veces, cuando una mujer embarazada sana se acerca al final del embarazo, puede haber señales de que el feto puede estar teniendo dificultades para sobrellevarlo. Algunos de estos nacen enfermos, muy ocasionalmente no sobreviven, o tienen problemas en su desarrollo posterior. Hay varios factores que pueden indicar problemas. Es posible que el feto no crezca con normalidad y sea más pequeño de lo

esperado (lo que se denomina retraso del crecimiento intrauterino [RCIU]). Puede haber una disminución de los movimientos del feto, lo que puede indicar que la placenta ya no funciona bien. La monitorización del corazón del feto (conocida como cardiotocografía o CTG) puede revelar un posible problema. La ecografía también puede medir el líquido amniótico y el flujo sanguíneo para evaluar el bienestar del feto.

La inducción del parto o la cesárea pueden ayudar a estos fetos sacándolos del útero. Pero intervenir pronto de esta manera puede significar que los pulmones de estos fetos no estén lo suficientemente maduros para enfrentarse bien al mundo exterior, y que sería mejor que siguieran dentro del útero. No está claro qué opción es la mejor para las madres y los fetos.

¿Qué evidencia se encontró?

Se encontraron tres ensayos con 546 mujeres embarazadas y sus fetos a término (búsqueda - 31 de mayo de 2015). Los tres ensayos analizaron el uso de la inducción del parto para un nacimiento prematuro. Dos ensayos examinaron fetos de los que se creía que tenían retraso del crecimiento y un ensayo analizó fetos de los que se creía que tenían un poco volumen de líquido amniótico (oligohidramnios). Los tres ensayos fueron de calidad razonable y la mayoría de la evidencia proviene del ensayo más grande, que comparó a los fetos con retraso de crecimiento. No hay información sobre las fuentes de financiación de estos ensayos.

En general, no se encontraron diferencias importantes entre estas dos estrategias en cuanto a la supervivencia de los neonatos, el número de neonatos muy enfermos o el número de neonatos con problemas de desarrollo.

También se analizaron muchos otros desenlaces como el número de cesáreas y el número de partos vaginales quirúrgicos (con fórceps o ventosa). Sin embargo, no se puede tener certeza de que no haya diferencias realmente importantes porque el número de mujeres y fetos incluidos era demasiado pequeño. Hubo más inducciones del parto en el grupo de parto prematuro.

¿Qué significa esto?

No hay suficiente evidencia en los ensayos para guiar la práctica clínica en relación con el adelanto del parto frente a la espera en mujeres sanas hacia el final del embarazo cuyos fetos pueden no estar bien. Se necesitan más ensayos de mayor tamaño. También se necesita investigar sobre mejores pruebas para identificar a los fetos que no se encuentran bien hacia el final del embarazo. Las mujeres deben comentar sus circunstancias específicas con sus cuidadores a la hora de tomar una decisión.