Curso de Postgrado en Salud Reproductiva
Rosario - 2004

CREP

Bases Científicas para el Control Prenatal

Dr Juan Manuel Nardin

Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Geneva Foundation for Medical Education and Research
Organización Mundial de la Salud

CREP

“Por algún curioso azar, el Control Prenatal ha escapado de la evaluación crítica a la que han sido sometidos la mayoría de los procedimientos diagnósticos”

Cochrane, A. *Effectiveness and Efficiency, 1972*

CREP

"El Control Prenatal (CPN) debe ser….tratado como cualquier otra actividad médica y evaluado en investigaciones clínicas aleatorizadas"

Cochrane, A. *Effectiveness and Efficiency, 1972*

CREP

“Lo importante en salud es la identificación y uso de intervenciones con efectividad fehacientemente demostrada mediante investigaciones de alta calidad, y que puedan ser implementadas en toda la población con los recursos actualmente disponibles”

Fletcher R, Lancet 1999

CREP

“Una respuesta (o intervención) no respaldada en evidencias científicas sólidas, puede poner al paciente en mayor riesgo que el ocasionado por no recibirla”

CREP

Dr. Benjamin Rush

- Signed Declaration of Independence.
- Acknowledged Yellow fever expert.
- Had 2 med schools named after him
- Yet he was the leading US advocate and teacher of blood-letting.
- One of Rush's students followed his advice, let 5 pints out of George Washington in half a day, and killed him.

D. Sackett. *"The damage we do when we don't do trials" presentation.*

CREP

Corticosteroides previos al parto de pretérmino y SDR

		Síndrome de Distress Respiratorio (SDR)		
		Si	**No**	
Corticosteroides previos al parto pretérmino	**Si**	**49** (9%)	**483**	**532**
	No	**84** (16%)	**454**	**538**
		133	**937**	**1070**

Riesgo Relativo (RR) = 0.09 / 0.16 **= 0.59**
Intervalo de Confianza 95% = (0.42 - 0.82) **p= 0.002**
Reducción del Riesgo Absoluto (RRA) = 0.16 - 0.9 = 0.07 **(7%)**
Reducción del Riesgo Relativo (RRR) = 1-(0.09 / 0.16) X100
= 1- 0.59 **= 0.41 (41%)**
Intervalo de Confianza 95% = (18% - 58%)
Número necesario a tratar (NNT)= 1 / 0.07 **= 14 pacientes**

Liggins (1972)

CREP

Corticosteroides previos al parto de pretérmino y SDR

	Administración de betametasona		
	NO	**SI**	**RR (95%CI)**
Síndrome de Distress Respiratorio	4/13 (31%)	1/11 (9%)	0.29 (0.04-2.27)

Conclusiones: "No hubo una disminución en la incidencia de Síndrome de Insuficiencia Respiratoria en los pacientes que recibieron Betametasona comparado con aquellos que no recibieron el tratamiento"

Carlan SJ, Parsons M, O'Brien WF, Krammer J; Pharmacologic pulmonary maturation in preterm premature rupture of membranes. **Am J Obstet Gynecol. 1991; 164:371**

CREP

Ya en 1981, Investigaciones Controladas Aleatorizadas habían documentado que los corticoides administrados a mujeres con riesgo de parto prematuro mejoraban significativamente los resultados en el recién nacido

En 1990, el número de estudios alcanzó los 12 y el número de mujeres incluidas en estos estudios superaba las 3000

CREP

A pesar de esta evidencia, un estudio del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) en 1994, mostró que sólo el 12-18% de las madres que tenían hijos con pesos entre 501-1500 g estaban recibiendo este tratamiento

CREP

Actividades Clínicas (Porcentaje de mujeres) (WHO ANC Trial)

	Sitios de Estudio			
	A	B	C	D
	%	%	%	%
Examen vaginal rutina	42.5	99.2	0.7	0.8
Score de riesgo	0.0	87.6	98.8	0.8
Altura uterina	2.0	0.0	0.0	0.0
Ultrasonido para FCF	0.4	0.0	89.5	31.1

CREP

Riesgos atribuibles de muerte fetal

(significativos)

(840.000 embarazos de 18 países de América Latina y el Caribe)

Factor de riesgo	Prevalencia (%)	RR ajustado	Riesgo atribuible (%)	95% (IC)
Sin atención antenatal	19.6	4.26	30.3	(29.4-31.3)
Pequeño para la edad gestacional	12.1	3.26	23.0	(22.1-23.9)
Paridad ≥4	13.4	1.52	10.1	(9.4-10.9)
Edad materna ≥ 35 años	10.4	1.53	8.7	(8.0-9.4)
Aborto previo	18.9	1.18	8.2	(7.3-9.1)
Genitorragia en el tercer trimestre	1.0	5.82	6.7	(6.3-7.1)
Muerte fetal previa	2.7	2.53	4.7	(4.2-5.1)

(Conde-Agudelo et al. Acta OG Sca

CREP

Riesgos atribuibles de muerte fetal

(significativos)

(840.000 embarazos de 18 países de América Latina y el Caribe)

Factor de riesgo	Prevalencia (%)	RR ajustado	Riesgo atribuible (%)	95% (IC)
Intervalo intergenésico <6 meses	2.5	2.09	4.2	(3.7-4.7)
Rotura prematura de membranas	7.6	1.49	4.2	(3.7-4.8)
Analfabetismo	4.4	1.36	3.2	(2.7-3.7)
Indice de masa corporal ≥ 29.0 kg/m^2	9.3	1.19	2.8	(2.1-3.6)
Preeclampsia	5.0	1.62	2.8	(2.4-3.3)
Bajo peso al nacer previo	4.8	1.32	2.4	(2.0-2.8)
Sífilis	1.7	2.41	2.4	(2.0-2.8)

(Conde-Agudelo et al. Acta OG Sca

CREP

Riesgos atribuibles de muerte fetal

(significativos)

(840.000 embarazos de 18 países de América Latina y el Caribe)

Factor de riesgo	Prevalencia (%)	RR ajustado	Riesgo atribuible (%)	95% (IC)
Hipertensión crónica	1.4	2.25	2.2	(1.9-2.5)
Muerte neonatal previa temprana	2.3	1.48	1.6	(1.3-1.9)
Diabetes Mellitus gestacional	1.3	1.88	1.1	(0.9-1.4)
Anemia materna	4.2	1.18	1.1	(0.7-1.5)
Eclampsia	0.2	3.80	0.7	(0.5-0.8)
Isoinmunización Rh	0.3	2.56	0.4	(0.3-0.5)

(Conde-Agudelo et al. Acta OG Sca

CREP

Atención prenatal

- Los centros de atención prenatal surgieron en Estados Unidos, Australia y Escocia entre 1910 y 1915
- Concepto nuevo – pesquisa de mujeres saludables para detectar signos de morbilidad
- Para los años treinta, se abrió un gran número (1.200) de centros de atención prenatal en el Reino Unido

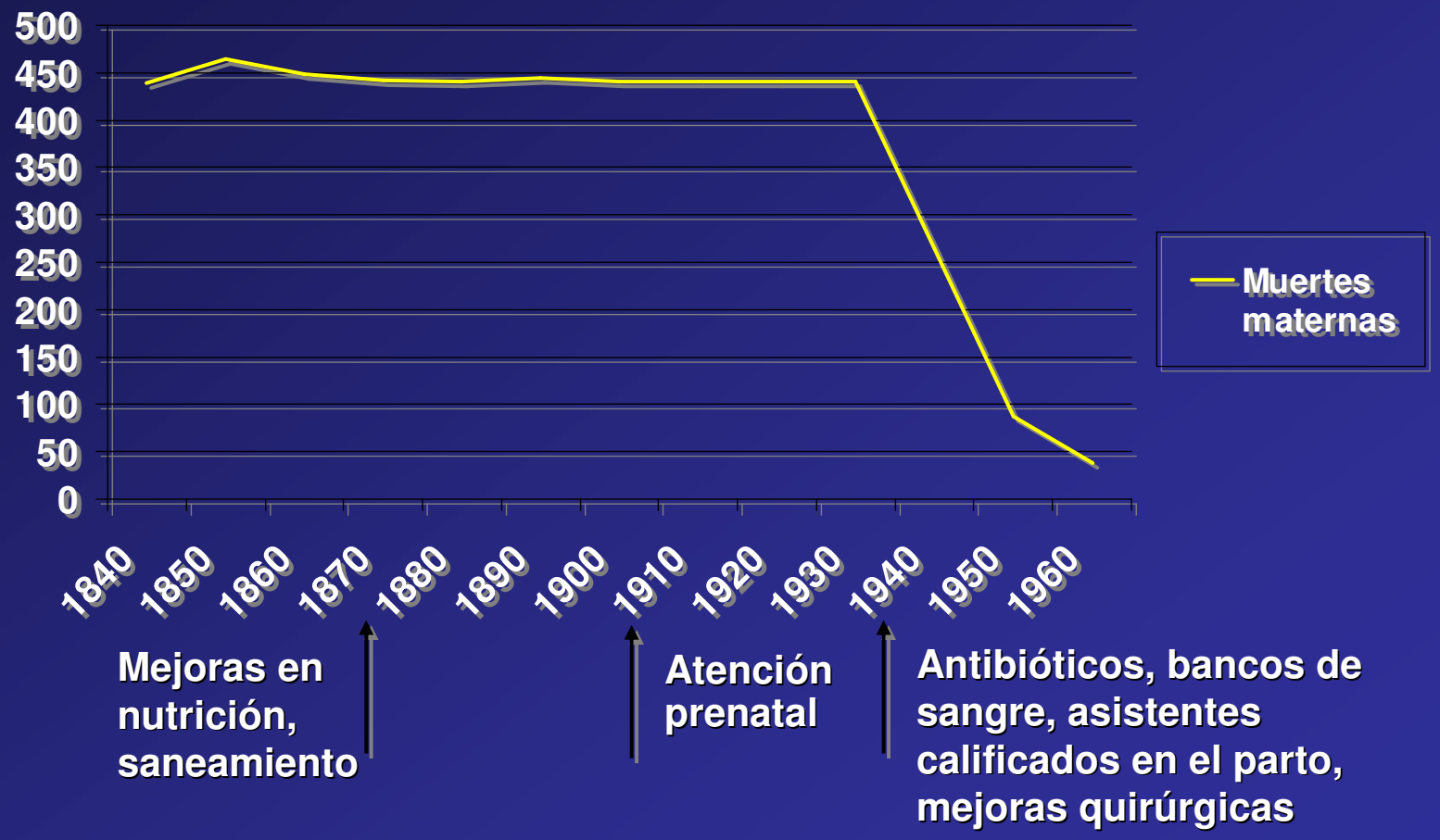
CREP

Atención prenatal

- Ninguna reducción de la mortalidad materna
- Sin embargo, se utilizó ampliamente como estrategia para reducir la mortalidad materna en los años ochenta y principios de los noventa

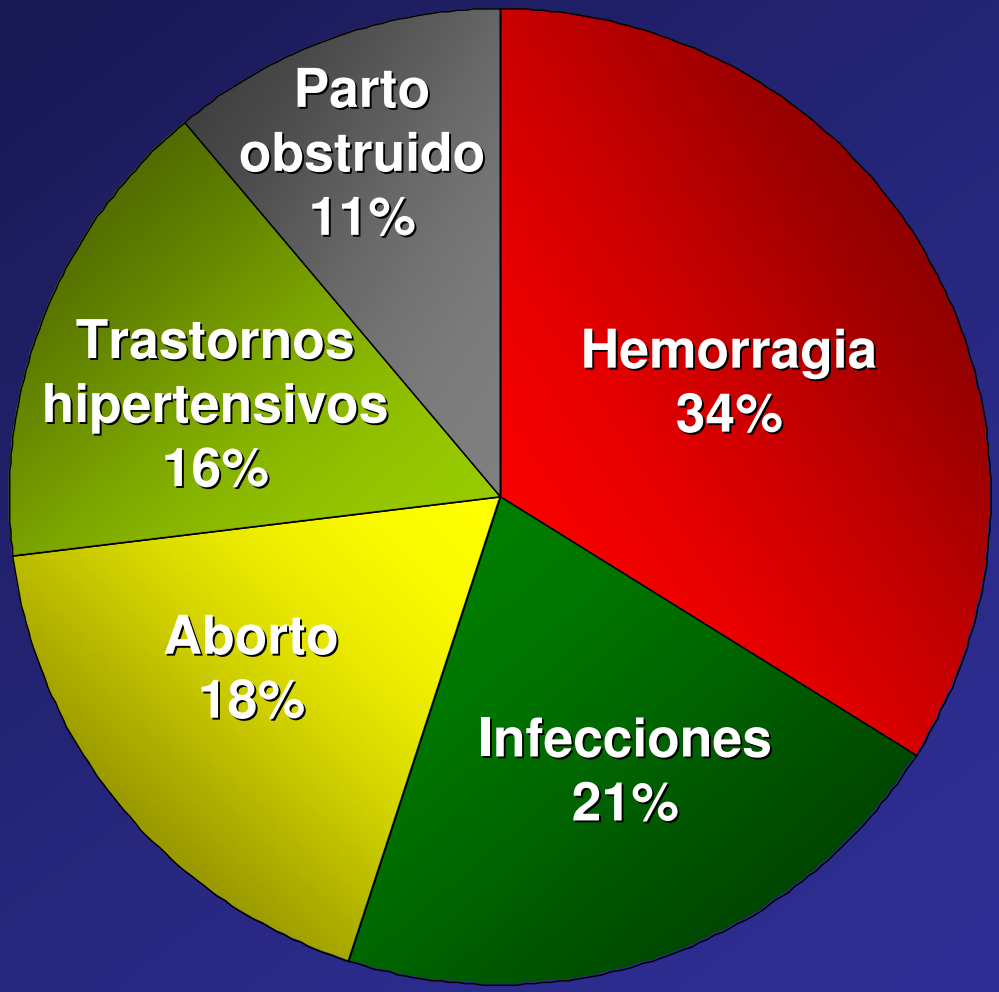
CREP

Mortalidad materna: Reino Unido 1840 – 1960



CREP

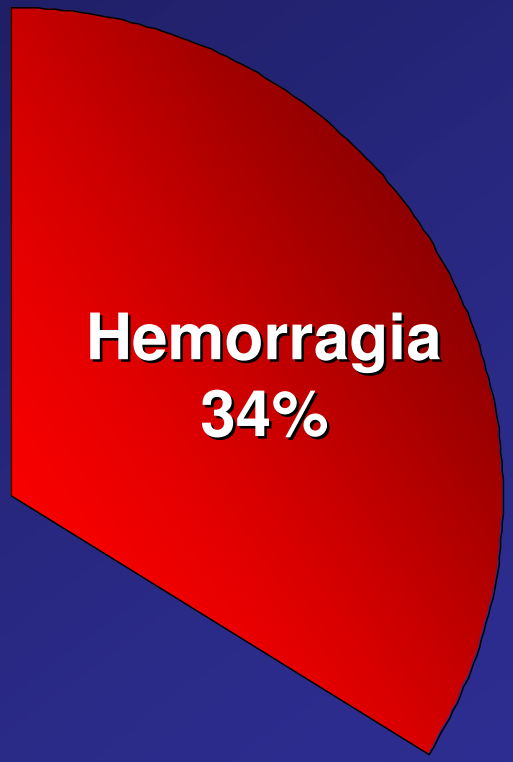
Causas de mortalidad materna Global



(OMS, UNICEF, FNUAP, 2001)

CREP

Causas de mortalidad materna Global



(OMS, UNICEF, FNUAP, 2001)

CREP

Hemorragias

- Detección de mujeres en riesgo
- Detección de signos y síntomas adversos desarrollados durante el embarazo
- Reducción en la prevalencia de anemia
- Orientar y asesorar a la embarazada

CREP

Causas de mortalidad materna Global

(OMS, UNICEF, FNUAP, 2001)

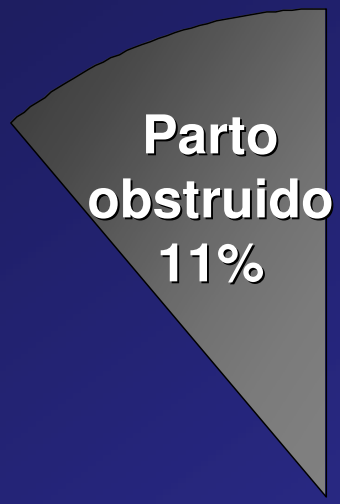
CREP

Trastornos hipertensivos

- Detección de mujeres en riesgo
- Detección temprana y diagnóstico
- Prevención
- Tratamiento

CREP

Causas de mortalidad materna Global



(OMS, UNICEF, FNUAP, 2001)

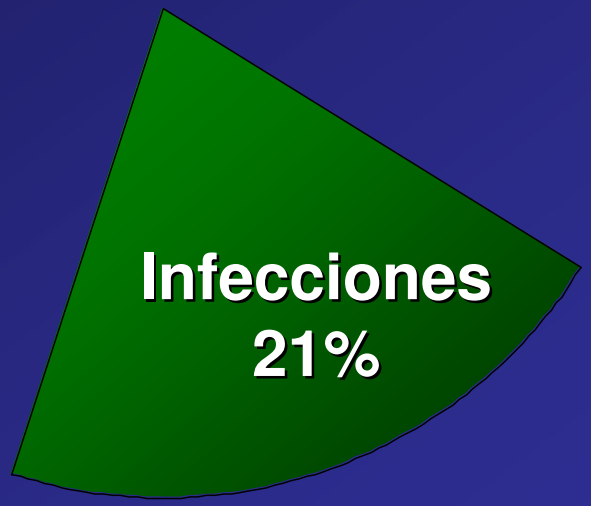
CREP

Parto obstruído

- Medición de la altura materna
- Medición de la altura sínfisis-fondo uterino
- VCE en la presentación pelviana al término
- Historia obstétrica

CREP

Causas de mortalidad materna global



(OMS, UNICEF, FNUAP, 2001)

CREP

Infecciones

- Tétanos
- Sepsis puerperal
- Enfermedades de transmisión sexual
- Bacteriuria asintomática y pielonefritis

CREP

Infecciones

- **Tétanos**
  - ***Sólo el 33% de las mujeres en países en desarrollo recibieron 2 ó más dosis de toxoide tetánico*** *(OMS, 1989)*
  - ***Un gran porcentaje de mujeres no reciben inmunización antitetánica*** *(Bueckens y cols, 1995)*

CREP

Medicina Basada en la Evidencia

La Medicina Basada en la Evidencia es el uso consciente, juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible en la actualidad, para producir decisiones en el cuidado de los pacientes

Sackett y col., 1996

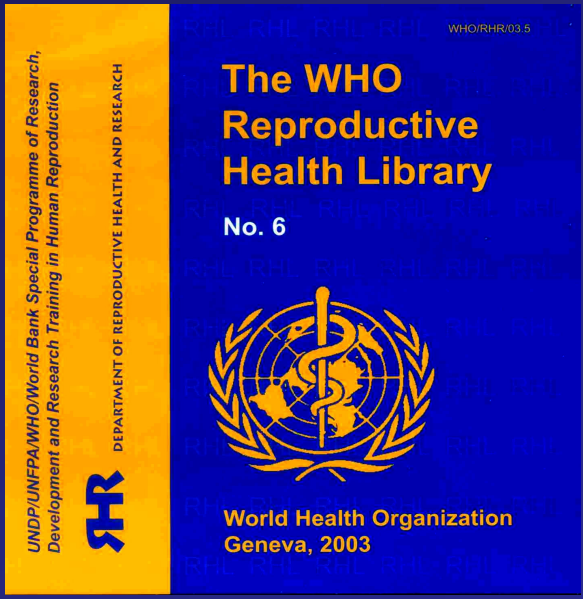
CREP

¿Por dónde empezar?

CREP

Revisiones Sistemáticas e ICAs (BSR/ RHL, Biblioteca Cochrane, NCCWCH, Clinical Evidence) de control de salud fetal durante el embarazo y el trabajo de parto

CREP



LA BIBLIOTECA DE
SALUD REPRODUCTIVA
DE LA OMS

Otras…

CREP

“Me sorprende que las mujeres concurran al control prenatal. Se sientan en las clínicas durante 2 horas para ser vistas sólo 2 minutos y se van. Deberíamos estudiar por qué concurren”

(McIlwaine, 1980)

CREP

“El sentido común dice que esta intervención es efectiva e inocua”

“En 15 estudios que investigaron el reposo en cama como tratamiento primario, no se mejoró ningún punto final y en nueve estudios se empeoraron significativamente algunas condiciones (…, hipertensión proteinúrica durante el embarazo, …)”

(Allen C et al. Lancet1999;354:1229-33)

CREP

Tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática en el embarazo

Smaill F.(Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

Resultados principales

14 estudios

Calidad global de los estudios no fue alta

Tratamiento ATB para la bacteriuria asintomática fue eficaz (OR 0,07; IC 95% 0,05 a 0,10)

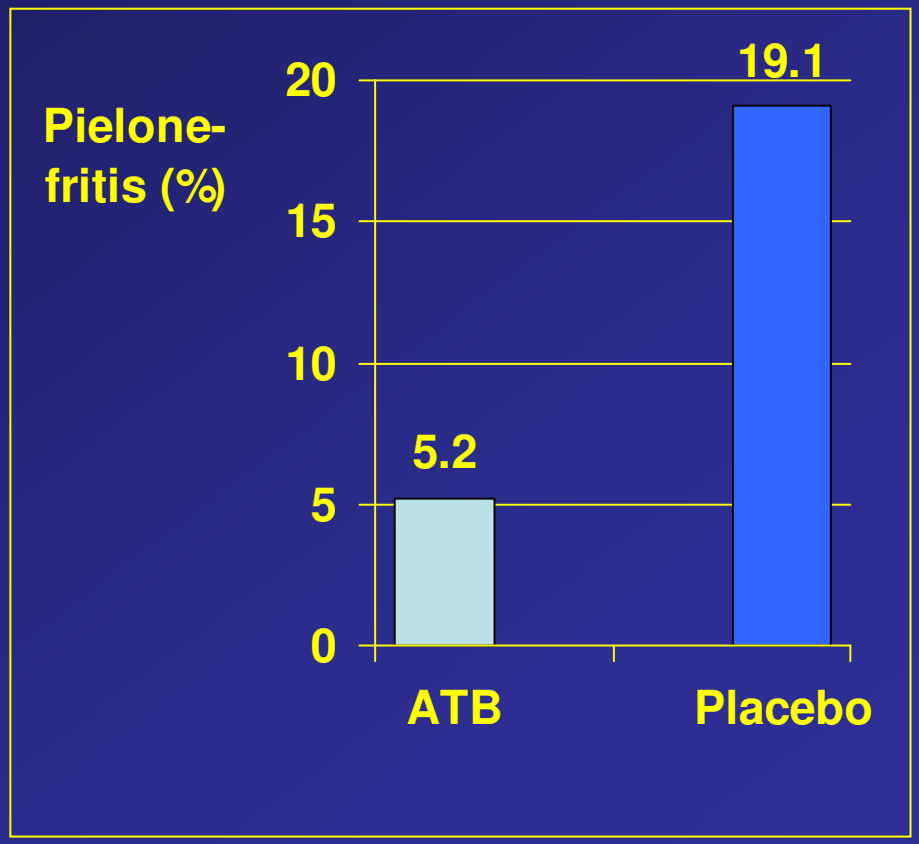
Reducción en la incidencia de pielonefritis (OR 0,24; IC 95% 0,19 a 0,32)

Reducción en la incidencia de partos prematuros o bajo peso al nacer (OR 0,60; IC 95% 0,45 a 0,80).

CREP

Tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática en el embarazo

- Pielonefritis
- RR: 0.27 (0.21-0.36)
- Reducción del 73%



CREP

Conclusiones de los revisores

El tratamiento con antibióticos resulta eficaz para la reducción del riesgo de pielonefritis en el embarazo

La posible reducción del porcentaje de partos prematuros parece apoyar las actuales teorías acerca del rol de la infección en cuanto a la incidencia de estos casos, pero esta asociación debe interpretarse con precaución

CREP

ICA en desarrollo multicéntrica multinacional (OMS) **para comparar régimen de 1 día de nitrofurantoína vs el régimen standard de 7 días**

ICA en desarrollo multicéntrica multinacional (OMS) **para comparar métodos diagnósticos para bacteriuria asintomática:** urocultivo standard, tiras reactivas (dipsticks) y laminocultivo (dipslides)

CREP

Tratamiento de la Toxoplasmosis en el embarazo

Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. (Cochrane Review). *In:The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software.

Resultados principales

3332 estudios

Ninguno cumplió con los criterios de elegibilidad

CREP

A pesar del gran número de estudios en los últimos 30 años, todavía no sabemos si el tratamiento antenatal en mujeres con presunta toxoplasmosis reduce la transmisión congénita del Toxoplasma

La pesquisa es cara, por eso debemos evaluar el impacto del tratamiento y de los programas de pesquisa. En lugares donde la pesquisa o el tratamiento no es rutina, éstas no deberían ser introducidas ...

CREP

Versión cefálica externa a término

Hofmeyr GJ, Kulier R.(Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software.

Resultados principales

6 estudios

Reducción significativa de nacimientos no cefálicos (RR 0,42, IC 95% 0,35 a 0.50) y cesáreas (RR 0,52, IC 95% 0,39 A 0,71)

No efecto significativo sobre mortalidad perinatal (RR 0,44, IC 95% 0,07 a 2,92)

Conclusiones de los revisores

El intento de versión cefálica a término parece reducir las probabilidades de nacimientos no cefálicos y cesáreas

No existe evidencia suficiente para evaluar cualquier riesgo de versión cefálica externa a término

CREP

Versión cefálica externa para la presentación de nalgas antes de término

Hofmeyr GJ. (Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

Resultados principales

3 estudios. Total de 889 mujeres. No hubo un efecto significativo sobre presentación no cefálica (RR 1,02, IC 95% 0,89-1,17), cesárea (RR 1,10, IC 95% 0,78-1,54), puntuaciones de Apgar bajas (RR 0,81, IC 95% 0,44-1,49) y mortalidad perinatal (RR 1,19, IC 95% 0,46-3,05).

Conclusiones de los revisores

La versión cefálica externa antes de término no parece mejorar los resultados del embarazo

CREP

Versión cefálica mediante manejo postural para la presentación de nalgas

Hofmeyr GJ, Kulier R. (Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

Conclusiones de los revisores

No existe evidencia para respaldar el uso de mediante manejo postural para la presentación de nalgas. El número de mujeres estudiadas hasta la fecha sigue siendo relativamente pequeño

CREP

Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

10 estudios / 60.000 mujeres

Conclusiones de los revisores

Puede implementarse una reducción en el número de consultas para el control prenatal, 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 el cuidado proporcionado por una partera o un médico clínico que con el cuidado administrado en forma conjunta por un obstetra y un ginecólogo, aunque la eficacia clínica fue similar en ambos casos.

CREP

Ecografía sistemática para evaluación fetal en el inicio del embarazo

Neilson JP.In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

Resultados principales

9 ensayos clínicos

Calidad general buena

Detección más temprana de embarazos múltiples (gemelos no diagnosticados a las 26 s, OR 0,08, IC 95% 0,04 a 0,13). Reducción de tasas de inducción del trabajo de parto para embarazos postérmino (OR 0,61; IC 95% 0,52 a 0,72). No se detectaron diferencias en cuanto a los resultados clínicamente significativos como la mortalidad perinatal (OR 0,86; IC 95% 0,67 a 1,12). Cuando la detección de la anormalidad fetal fue un objetivo específico del examen, hubo un aumento en el número de interrupciones del embarazo debido a anomalías fetales.

CREP

Conclusiones de los revisores

El uso sistemático de la ecografía a comienzos del embarazo parece permitir una mejor evaluación de la edad gestacional, una detección más temprana de embarazos múltiples y de malformaciones fetales no sospechadas clínicamente en un momento en que la interrupción del embarazo es posible. Sin embargo, los beneficios de otros resultados significativos son menos claros.

CREP

Ecografía sistemática para evaluación fetal después de las 24 semanas de gestación

Bricker L, Neilson JP. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Resultados principales

7 estudios. 25,036 mujeres. La calidad general fue satisfactoria. No hubo diferencias en cuanto a intervenciones antenatales, obstetricas y neonatales, ni en cuanto a morbilidad entre ambos grupos. La ecografia de rutina no mejoro la mortalidad perinatal global. Faltan datos para evaluar resultados a largo plazo tales como desarrollo neurologico. Faltan datos para evaluar efectos psicologicos en la madre.

CREP

Monitoreo electrónico continuo de la FC para la evaluación fetal durante el trabajo de parto

Thacker SB, Stroup D, Chang M. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

Conclusiones de los revisores

El único beneficio clínicamente significativo obtenido por el uso continuo y sistemático del MEF fue la reducción de las convulsiones neonatales. En vista del incremento en el número de nacimientos por cesárea y partos vaginales operatorios, la embarazada y el médico deben evaluar conjuntamente el beneficio a largo plazo de la reducción de las convulsiones para decidir el uso del MEF continuo o la auscultación intermitente durante el parto.

CREP

La medición de la altura uterina durante el embarazo

Neilson JP. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

Resultados principales

1 solo estudio. 1639 mujeres. No había evidencia alguna de mejores resultados del embarazo

Conclusiones de los revisores

Los datos de los ensayos controlados son insuficientes para evaluar el uso rutinario de la medición de la altura uterina durante el control prenatal corriente

CREP

Suplementación con hierro y folatos en el embarazo

Mahomed K. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Oxford: Update Software

Conclusiones de los revisores

La suplementación rutinaria con hierro y folato parece prevenir la incidencia de niveles bajos de hemoglobina en el parto. No hay ninguna información sobre otras medidas importantes de morbilidad materna. Existen pocos datos derivados de comunidades donde la deficiencia de hierro y de folatos es frecuente y la anemia es un problema de salud serio.

CREP

Suplementación con calcio durante el embarazo para la prevención de trastornos hipertensivos y problemas relacionados

Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software

Conclusiones de los revisores

Aparentemente, la suplementación con calcio representa un beneficio tanto para las mujeres que se encuentran expuestas a alto riesgo de hipertensión gestacional como para las mujeres de comunidades con ingestas bajas en calcio. Es necesario continuar investigando para determinar la dosis óptima

CREP

ICA en etapa de publicación multicéntrica multinacional sobre suplementación con Calcio en pacientes embarazadas con baja ingesta para prevención de la preeclampsia

CREP

Consejo nutricional en el embarazo

Kramer MS (Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software

Conclusiones de los revisores

El consejo nutricional parece ser eficaz para aumentar la ingesta calórica y de proteínas de las mujeres embarazadas, pero sus implicancias para la salud fetal, neonatal o materna no pueden juzgarse sobre la base de los ensayos disponibles. Dado que con la suplementación de proteína/energía sus beneficios sanitarios demostrados son moderados, es poco probable que su incidencia sea importante

CREP

Intervenciones Nutricionales

Nutrientes	Estudios	EXPT	CTRL	RR	IC 95%	Heterogeneidad	
						P	clínica
Recomendación nutricional	4	17/96	8/40	0.89	0.42, 1.88	N/A	N/A
Proteínas / energía balanceada	13	34/258	28/258	1.20	0.77, 1.89	>0.1	Si
Proteína balanceada isocalórica	3	23/391	23/391	1.00	0.57, 1.75	N/A	N/A
Restricción energía /proteínas	3	17/142	15/142	1.13	0.59, 2.18	> 0.10	?

Pregnancy, pre-eclampsia and diet. (Abalos E, Villar J, Carroli G, Campodónico L. In: Encyclopedia of Food Sciences & Nutrition 2003)

CREP

Intervenciones Nutricionales

Nutrientes	Estudios	EXPT	CTRL	RR	IC 95%	Heterogeneidad	
						P	clínica
Calcio, bajo riesgo	11	188/3146	240/3161	0.79	0.65, 0.94	<0.10	Si
alto riesgo	11	9/281	54/306	0.21	0.11, 0.39	>0.2	?
ingesta adecuada	11	169/2505	197/2517	0.86	0.71, 1.05	<0.10	Si
baja ingesta	11	27/907	90/935	0.32	0.21, 0.49	>0.10	Si

Pregnancy, pre-eclampsia and diet. (Abalos E, Villar J, Carroli G, Campodónico L. In: Encyclopedia of Food Sciences & Nutrition 2003)

CREP

Intervenciones Nutricionales

Nutrientes	Estudios	EXPT	CTRL	RR	IC 95%	Heterogeneidad	
						P	clínica
Hiposódica	2	10/294	9/309	1.11	0.46, 2.66	>0.10	S/E
Magnesio	7	34/235	40/239	0.87	0.57, 1.32	>0.10	?
Aceite de pescado	2	100/2510	143/2511	0.70	0.55, 0.90	?	?
Vitaminas E y C	1	11/141	24/142	0.46	0.24, 0.91	N/A	N/A

Pregnancy, pre-eclampsia and diet. (Abalos E, Villar J, Carroli G, Campodónico L. In: Encyclopedia of Food Sciences & Nutrition 2003)

CREP

Se hace imperiosa la realización de investigaciones clínicas aleatorizadas de alta calidad para la evaluación de la efectividad de aquellas intervenciones destinadas a disminuir la morbi-mortalidad materna y feto-neonatal

CREP

Aunque podemos hacer un buen trabajo enseñando la mejor práctica médica actualmente disponible, hacemos un pobre trabajo al no enseñarles como decidir cuando, lo que están aprendiendo, se vuelve obsoleto y requiere ser cambiado

CREP

Bases Científicas para el Control Prenatal

www.crep.com.ar
crep@crep.com.ar

CREP

Material complementario

CREP

Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes de término

Kenyon S, Boulvain M, Neilson J.

Profilaxis antibiótica para la cesárea

Smaill F, Hofmeyr GJ

Corticoesteroides con fines profilácticos para el parto prematuro

Crowley P

CREP

Sulfato de magnesio versus diazepam para la eclampsia

Duley L, Henderson-Smart D. The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software

Resultados principales

Se incluyeron 5 estudios clínicos. 1.236 mujeres.
En comparación con el diazepam,
el sulfato de magnesio se asoció con una reducción significativa en la recurrencia de convulsiones (RR: 0,45; IC 95%: 0,35 a 0,58).
También se redujo la mortalidad materna,
aunque esta diferencia fue limítrofe en cuanto a su significancia estadística (RR: 0,60; IC 95%: 0,36 a 1).

CREP

Sulfato de magnesio versus fenitoína para la eclampsia

Duley L, Henderson-Smart D. The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software

Sulfato de magnesio versus cóctel lítico para la eclampsia

Duley L, Gulmezoglu AM. The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software

Conclusiones de los revisores

El sulfato de magnesio es el anticonvulsivo más apropiado para las mujeres con eclampsia. Se debería abandonar el uso del cóctel lítico (clorpromacina, prometazina y petidina)

CREP

Anticonvulsivos para la preeclampsia

Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smart DJ
Resumen de una **revisión Cochrane en curso** (fechada el 16 de Diciembre de 2002)

En el año 2002, se publicó el estudio clínico más grande que se haya realizado hasta el presente sobre el uso de anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia. Los resultados de dicho estudio han influenciado sustancialmente las conclusiones de la revisión sistemática que fuera incluida en la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) Nº 5 de la OMS.

Seis estudios clínicos (11.444 mujeres) compararon el sulfato de magnesio con placebo o ningún anticonvulsivo.

Se comprobó que el riesgo de desarrollar eclampsia se redujo en más de la mitad con la utilización de sulfato de magnesio

(RR: 0,41, IC 95%: 0,29 a 0,58)

CREP

Apoyo a las parturientas brindado por asistentes

Hodnett ED. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software

Resultados principales

14 estudios clínicos. Más de 5.000 mujeres. La presencia continua de una persona que brindaba apoyo redujo la probabilidad de administrar medicamentos para aliviar el dolor, de parto vaginal instrumentado, de nacimiento por cesárea y de un puntaje de Apgar a los 5 minutos <7

Conclusiones de los revisores

El apoyo continuo durante el trabajo de parto brindado por una persona que asiste a la parturienta (enfermeras, parteras o personas legas) parece tener múltiples beneficios para la madre y el recién nacido y aparentemente no produce efectos nocivos

Vigilancia salud anteparto y mortalidad fetal

CREP

	N Trials	Tratam. n/N	Control n/N	Odds Ratio	IC 95%
Conteo Formal Movimientos Fetales	2	102/31648	112/37780	1.03	0.78-1.36
CTG Anteparto*	3	12/651	4/628	2.65	0.99-7.12
Perfil Biofísico vs. Monitoreo Convencional *	3	3/1122	2/1058	1.42	0.25-8.20

* Mortal. Perinatal

Vigilancia salud anteparto y mortalidad fetal

CREP

	N Trials	Tratam. n/N	Control n/N	Odds Ratio	IC 95%
Ultrasonido Rutinario >24 semanas	2	0/1447	9/1455	0.13	0.04-0.50
Doppler Rutinario vs. Selectivo	3	16/4838	16/4521	0.93	0.47-1.87
Doppler en Alto Riesgo	11	17/3433	30/3532	0.58	0.32-1.02

CREP

Vigilancia salud anteparto y mortalidad fetal

	N Trials	Tratam. n/N	Control n/N	Odds Ratio	IC 95%
Altura Uterina *	1	6/804	5/835	1.25	0.38-4.08
Estriol Urinario	1	4/315	7/307	0.55	0.13-2.12

* Mortal. Perinatal

Vigilancia salud anteparto y mortalidad perinatal

CREP

	N Trials	Tratam. n/N	Control n/N	Odds Ratio	IC 95%
Monitoreo Electrónico Fetal IP+ ph Fetal	5	33/7542	34/7578	0.98	0.62-1.55
Monitoreo Electrónico Fetal IP	5	7/1919	11/1888	0.66	0.28-1.55
Total	10	40/9461	45/9466	0.89	0.60-1.33

CREP

Riesgos de Muerte Fetal (WHO ANC Trial)

	Riesgo Relativo	IC 95%
Analfabeta	1.22	0.80 - 1.87
Edad <=19 años	0.75	0.57 - 0.97
Edad >= 35 años	1.77	1.36 - 2.32
Paridad >= 4	1.49	1.18 - 1.87
Aborto previo	1.36	1.11 - 1.68
Muerte perinatal previa	2.63	1.95 - 3.54

CREP

Riesgos de Muerte Fetal (WHO ANC Trial)

	Riesgo Relativo	IC 95%
Bajo Peso previo	1.64	1.22 - 2.22
IMC Mater. <19.8	1.89	1.54 - 2.34
IMC Mater. >29.0	1.04	0.76 - 1.40
No Control Prenatal	4.20	3.14 - 5.61
Hipert. Crónica	5.16	2.71 - 9.83
HIE	1.32	0.97 - 1.82

CREP

Riesgos de Muerte Fetal (WHO ANC Trial)

	Riesgo Relativo	IC 95%
Preeclampsia	1.97	1.22 - 3.19
Eclampsia	4.65	1.20 - 18.03
Diabetes	2.84	1.48 - 5.45
Anemia (<9g‰)	2.66	1.79 - 3.94
Hemoconcentr. (>13g‰)	2.10	1.51 - 2.92
Isoinmun. Rh(-)	1.23	0.52 - 2.97

CREP

Riesgos de Muerte Fetal (WHO ANC Trial)

	Riesgo Relativo	IC 95%
Hemorragia 3er Trimestre	5.02	3.12 - 8.06
Sífilis	3.22	1.79 - 5.80
RPM	1.46	1.11 - 1.92
PEG	2.33	1.84 - 2.94

CREP

Riesgos de Muerte Fetal (WHO ANC Trial)

Factor	Preval. %	OR Ajustado	IC 95%	Riesgo Atribuible	IC 95%
Edad <=19 años	22.6	0.60	0.41-0.87	5.9	2.9-13.6
Edad =>35 años	8.9	1.49	0.99-2.19	8.1	4.8-16.3
Muerte perinatal previa	4.7	3.41	2.49-4.64	7.0	4.7-12.3
Diabetes	0.8	3.37	1.44-6.96	1.4	0.5-3.9
Anemia <9 g‰	3.9	2.17	1.28-3.53	10.6	6.3-22.5
Sífilis	0.84	3.42	1.47-7.00	1.8	0.8-4.4
Pequeño Edad Gestacional	13.3	3.41	2.49-4.63	15.0	11.7-26.7

Riesgos de Muerte Fetal

CREP

Factor	Riesgo Relativo Ajustado		Riesgo Atribuible (%)	
	Conde Agudelo	WHO ANCT	Conde Agudelo	WHO ANCT
PEG	3.3	3.4	23.0	15
Edad >= 35	1.5	1.5	8.7	8.1
Muerte fetal previa	2.5	3.4	4.7	7.0
Muerte neon. previa	1.5		1.6	
Sífilis	2.4	2.4	3.4	1.8
Diabetes	1.9	3.4	1.1	1.4
Anemia	1.2	2.2	1.1	10.6

CREP

Iniciativa Mejores Nacimientos

Iniciativa global que promueve el cuidado humanitario de la mujer durante el parto, basado en la mejor evidencia disponible

CREP

Parto humanitario basado en la mejor evidencia

¿Nuestras prácticas obstétricas tradicionales están basadas en las mejores evidencias?

CREP

Prácticas efectivas durante el parto

Salvan vidas

- Antibióticos profilácticos en rotura prematura de membranas prolongada
- Corticoides profilácticos en amenaza de parto prematuro
- SO4Mg en preeclampsia-eclampsia
- Antibióticos profilácticos en Cesárea
- Antirretrovirales en madres HIV (+)
- Oxitócicos rutinarios en alumbramiento

CREP

Prácticas efectivas durante el parto

Mejoran la salud

- Acompañamiento
- Libre movilidad
- Antibióticos en rotura prematura de membranas pretérmino
- Mantener el cordón umbilical limpio

CREP

Prácticas efectivas durante el parto

Evitan daños

- SI ingesta de líquidos
- NO enema rutinaria
- NO rasurado perineal rutinario
- NO rotura artificial de membranas rutinaria
- NO ocitocina rutinaria en trabajo de parto
- NO posición decúbito dorsal
- NO episiotomía rutinaria

CREP

Posición decúbito dorsal durante el parto

Creencia tradicional

- Los que asisten el parto tienen mejor ubicación para las maniobras
- Es la postura más segura para la mujer

Mejor evidencia

- Acidosis progresiva fetal
- Desarrollo más lento del parto
- Más episiotomías
- Cualquier otra posición es mejor

CREP

Ingesta de líquidos durante el parto

Creencia tradicional

- Riesgo de broncoaspiración de requerirse anestesia general
- No permitir la ingesta de líquidos

Mejor evidencia

- No existe diferencia en el riesgo de broncoaspiración de requerirse anestesia
- La deshidratación produce acidosis y sufrimiento fetal
- No administrar líquidos sólo en circunstancias particulares

CREP

Enema durante el parto

Creencia tradicional

Evita evacuación intestinal

Práctica rutinaria

Mejor evidencia

No existen diferencias en cuanto a evacuación intestinal (más liquida)

Utilizarlo sólo ante solicitud

CREP

Rasurado perineal durante el parto

Creencia tradicional

Facilita la sutura

Reduce infección

Mejor evidencia

Doloroso

Incomodidad al crecer el vello

Posibilidad de infección por micro abrasión

Riesgo de transmisión HIV

CREP

Acompañantes durante el parto

Creencia tradicional	Mejor evidencia
Riesgo de infección	Mejor desarrollo del parto
Interfieren con el personal	Menos cesáreas
-Estorban al personal	Menos dolor
-El personal trabaja más	Mejora la autoestima
Falta de privacidad	Mejor relación madre-hijo
	Lactancia más prolongada
	Menos depresión

CREP

Como cambiar la práctica actual

- Los obstáculos producen desaliento
- Cuando se supera la aprehensión inicial del personal, los beneficios son evidentes
- Con personal comprometido, se logra el cambio

CREP

Principios de la Iniciativa

- **Humanitarismo:** Las mujeres deben ser tratadas con respeto
- **Evidencia:** La atención debe basarse en la mejor evidencia
- **Compromiso:** Los proveedores de salud deben comprometerse a mejorar la atención
- **Acción:** Estrategias efectivas para modificar las prácticas actuales

CREP

Cambios buscados

Promover la atención humanitaria de la mujer durante el parto

Establecer prácticas obstétricas con beneficios demostrados:

- acompañamiento durante el parto
- movilidad durante el parto
- no utilización de la posición decúbito dorsal para el parto

CREP

Cambios buscados

Desmotivar el uso rutinario de prácticas obstétricas que no produzcan beneficios demostrados:

- Episiotomía rutinaria

Discontinuar prácticas obstétricas que produzcan daños potenciales demostrados:

- Rasurado perineal

CREP

Antecedentes

- Gran número de mujeres (la mayoría) en los países no desarrollados, son asistidas en maternidades públicas

- Las encuestas demuestran que sus experiencias vivenciales son negativas