

NACERLATINOAMERICANO www.nacerlatinoamericano.org

Pregunta: ¿Cuál es el mejor tipo de nacimientos en pretérminos extremos?

Dr. Haroldo Capurro

Actualización marzo 2008.

MODO de NACER de los MUY PRETERMINO

INTRODUCCION

Excluyendo las malformaciones congénitas, las $\frac{3}{4}$ partes de la mortalidad perinatal se asocia con prematurez. Ella es entre 8 y 10 veces mayor que la de los nacidos de término. La actual mejoría de las tasas de mortalidad perinatal se deben en general a mejores cuidados del recién nacido. A principio de la década del 70 se consideró que la cesárea corporal (electiva) era la mejor opción para el nacimiento de pretérmino ya que de esta forma se disminuía el efecto de las contracciones uterinas sobre la cabeza fetal. Pero, posteriormente surgieron controversias en cuanto a que tipo de trabajo de parto era el indicado para el niño prematuro y se tomó como premisa utilizar el procedimiento menos traumático tanto para la madre como para el feto. Muchas variables dependientes de la madre y del recién nacido son las que determinan la intervención a realizar.

SITUACION ACTUAL

Las guías clínicas contribuyen con la decisión del momento de la interrupción o no de finalización del embarazo, por que vía (vaginal o abdominal) parto inducido o no cesárea electiva o intraparto, con el fin de minimizar problemas y/o complicaciones de la prematurez. Pero hay que tener en cuenta que cada caso individual es diferente y constituye uno de los grandes desafíos en la atención médica (1).

La prematurez es un importante factor asociado con la Parálisis Cerebral al igual que la hipoxemia y la infección intrauterina. La administración de antibióticos, corticoides a madre con amenaza de parto prematuro y la atención inmediata del recién nacido asfíctico han sido exitosos en muchas oportunidades. En cambio la vía de nacimiento ha mostrado controversias, aunque se encontró que la cesárea electiva en niños entre 1.000 y 1.500g y con ruptura de membranas, frecuentemente es beneficiosa (2).

IMPACTO DEL MODO DE NACER (CESAREA – PARTO VAGINAL)

Un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos que estudió cerca de 110.000 nacidos de pretérmino (3), tuvo como objetivo

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

analizar la mortalidad neonatal en los nacimientos por cesárea y en los partos vaginales, considerando a su vez diferentes factores de riesgo asociados. La mortalidad neonatal (N = 13.733 con menos de 27 días de vida) estuvo relacionada con el tipo de nacimiento, pero también cabe destacar que el 80% de las madres con embarazos nacidos entre la 22 y 31 semana, tenían por lo menos 1 factor de riesgo. Pero, frente a un mismo riesgo la mortalidad neonatal se reducía cuando se realizaba una cesárea para el nacimiento de fetos entre las 22 y 25 semanas de gestación. La mortalidad en los nacidos por cesárea, se reducía un 42% (OR = 0,58 IC95% 0,52-0,72). Pareciera que en los fetos muy inmaduros la cesárea es beneficiosa independiente de los factores de riesgo de la madre.

Drife, en Inglaterra (4) estudia los resultados de las cesáreas electivas en niños menores de 28 semanas. Esta intervención seguramente aumentaría la chance de disminuir la mortalidad fetal y neonatal, aún a riesgo de aumentar la morbilidad materna. Una revisión sistemática de 6 ensayos clínicos randomizados que incluyó 122 mujeres comparó los resultados de la cesárea electiva con el manejo expectante. No hubo diferencias en los resultados fetales, pero las madres con cesárea tuvieron más severa morbilidad.

En Israel (5) se estudiaron 2.955 neonatos nacidos entre 24 y 34 semanas de gestación y hubo 51,7% nacimientos por cesárea y la mortalidad hospitalaria fue de 13,2% en caso de cesárea versus 21,8% en caso de parto vaginal. En caso de sobrevida en ambos grupos, la mayor morbilidad está en el grupo de los nacidos por cesárea. (39,2% versus 19,4%).

En suma, la sobrevida del neonato de pretérmino (6), depende no solo de la edad de gestación sino del manejo obstétrico y neonatal. Se han investigado los resultados obtenidos con la cesárea electiva y con el parto vaginal. Pero diferentes variables interferentes (edad gestacional y desnutrición fetal, complicaciones) hacen que muchos de estos resultados estén sesgados. El deterioro materno fetal durante un trabajo de parto, incide para la realización de una cesárea de urgencia. Pero en ausencia de trabajo de parto espontáneo, la cesárea electiva es el método de elección para el nacimiento de fetos muy pretérmino.

Un estudio de Hohberg (7) tuvo como propósito estudiar la mortalidad infantil en nacidos con extremo bajo peso, en relación al modo de nacer, junto al diagnóstico de la madre durante el embarazo. Se estudiaron 2.094 niños nacidos entre 23 y 27 semanas de gestación. Los resultados mostraron que entre 23 y 25 semanas, el 38% de los niños nacieron por cesárea, mientras a las 26 y 27 semanas el 66% tuvieron cesáreas. La indicación de la cesárea

por problemas fetales o por indicaciones maternas fue del 98% y predominó en caso de preeclampsia o eclampsia, hemorragia, rotura de membranas. En el 56% la indicación fue por presentación podálica y el 30% correspondió a neonatos de pretérmino de vértice sin otras complicaciones. Excluyendo los casos de eclampsia y preeclampsia el parto vaginal se asoció con un ligero incremento de la mortalidad infantil. En cambio el incremento de la mortalidad en parto vaginal, es significativamente elevado en caso de presentación podálica o embarazos múltiples.

El estudio concluye que la cesárea en caso de muy pequeños pretérmino tiene algunas ventajas en determinadas condiciones maternas, pero no en casos de pretérmino con presentación cefálica y sin otras complicaciones obstétricas.

COMPLICACIONES EN EL MUY BAJO PESO

Topp (8) estudió 175 recién nacidos de pretérmino con parálisis cerebral (PC) y encontró que la mayor frecuencia estuvo en madres con 3 ó más partos previos ($p < 0,05$), en nacimientos por cesárea ($p < 0,001$) y puntaje de Apgar menor de 7 al 1er minuto de vida

Dos de estas variables ajustadas se mantienen significativas con la Parálisis Cerebral; una es la paridad (igual o mayor de 3) y la segunda es la operación cesárea (RR = 1,57 IC 95% 1,07-2,32). El cerebro del feto de pretérmino es muy vulnerable a la hemorragia e isquemia. En un estudio del año 2007 (9) se realizó análisis ecográfico cerebral a 707 prematuros nacidos por vía vaginal y 153 por cesárea. El 19,5% de las hemorragias cerebrales de grado I nacieron por cesárea, en la hemorragia grado II el 14,7% y en la hemorragia grado III sólo el 7% nacieron por cesárea. En la etiología de la hemorragia intracraneal del neonato influyen factores tales como el trauma, el distress fetal, la hipoxia perinatal e inmadurez de todos los órganos y sistemas.

La morbilidad neurológica está en razón inversa a la prematurez extrema y al muy bajo peso al nacer ($< 500g$) (10). El manejo en el nacimiento de fetos en el límite de la viabilidad es un gran desafío. Se deben conocer los factores asociados a diferentes situaciones obstétricas y disponer de información relevante para lograr éxito en la intervención.

NACIMIENTOS en PRESENTACION PODALICA

Robillo (11) estudia la morbilidad y mortalidad de prematuros (< 37 semanas) y bajo peso ($< 2500g$) en presentación podálica nacidos por vía vaginal y comparados con los nacidos por cesárea. La

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

población incluyó 14.417 niños en presentación podálica de los cuales 14% nacieron por vía vaginal y 86% por cesárea. El grupo control estuvo integrado con 150.570 pretérmino con presentación cefálica de los cuales el 82% nacieron por vía vaginal.

En nulíparas, el parto vaginal se asoció con un incremento de la mortalidad neonatal en niños con peso al nacer entre 500 y 1000g 12 veces más, 17 veces más en neonatos entre 1.001-1500g, 7 veces más en el grupo entre 1501-2000g y 6 veces más en el grupo entre 2001-2500g cuando se compara con el nacimiento por cesárea en nulíparas con presentación podálica. El trauma obstétrico también se incrementó en todos los grupos de peso en los nacidos por vía vaginal en caso de presentación podálica, en relación con la operación cesárea. La asfixia se incrementó en neonatos en presentación podálica entre 2001 y 2500g (OR = 3,5 IC95% 2.2-5.6) nacidos por vía vaginal en nulíparas, comparándolo con los nacimiento vaginales en cefálica.

Herbst (12) analiza la asociación entre el modo al nacer en fetos únicos con presentación podálica en pretérmino con parto prematuro y/o pretérmino con rotura prematura de membranas. Los resultados mostraron que el riesgo de morir fue menor en los nacidos por cesárea (OR = 0,4 CI95% 0,2-0,7) y lo mismo sucedió con la depresión neonatal al 5to minuto de vida (OR = 0,4 IC95% 0,3-0,7). En cambio, la dificultad respiratoria del recién nacido se incrementó en los nacidos por cesárea (OR = 2,1 IC95% 1,4-3,2). La hemorragia intraventricular no se asoció con ningún tipo de nacimiento.

CONCLUSION

Si bien existen controversias en el modo de nacer de neonatos de muy bajo peso, es casi unánime la opinión que la operación cesárea es más beneficiosa para el neonato que los nacidos por parto vaginal. A pesar de ello hay estudios que observaron mayor frecuencia de distress respiratorio en los nacidos por cesárea en relación con los nacidos por parto vaginal. Sin embargo en la operación cesárea se incrementa la morbilidad materna. En caso de presentación podálica la cesárea ha mostrado mejores resultados. En general la morbi-mortalidad perinatal es mayor en los nacimientos por vía vaginal en neonatos de muy bajo y/o pretérminos extremos.

En suma la sobrevida del neonato de pretérmino (6), depende no solo de la edad de gestación sino del manejo obstétrico y neonatal.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Fuchs K, Wanner R. Elective caesarean section and their impact on late preterm birth. Clin Perinatol 2006 Dec;33(4):793-801.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148005?ordinalpos=16&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 2) Gabriel R, Grolier F, Grassilin O. Can Obsteric care provide further improvement in the outcome preterm infants? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004. Nov 15;117 Suppl 1:S25-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15530712?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 3) Malloy MH Impact of caesarean section on neonatal mortality rates among very preterms infants in the United States, 200-2003.. Pediatrics 2008 Aug;122(2):285-92.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676545?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 4) Drife J. Mode of delivery in the early preterm infant < 28 weeks. BJOG. 2006 Dec;113 Duppl 3:81-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17206971?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 5) Riskin A, Riskin-Mashiah S, Lusky A, Reichman B,; Israel Neonatal Network. The relationship between delivery mode and mortality in very low birthweight singleton vertex-presenting infants.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663120?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663120?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
- 6) Schneider H. Gentle obstetrical management for very early preterm deliveries. Ginakol Geburtsilfiche Rindsch 2004 Jan;44(1):10-18
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14673223?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 7) Hogberg U, Holmgren PA. Infant mortality of very preterm infants by mode of delivery, institutional policies and maternal diagnosis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(6):693-700.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17520401?ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

8) Topp M, Langhoff-Roos, Uldall P. Validation of a cerebral palsy register. Clin Epidemiol. 1997 Sep;50(9):1017-23..

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9363036?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

9) Velisavljev-Filipovic G. Mode of delivery and neurosonographic finding in premature infants. Med Pregl. 2007 Jan-Feb;60(1-2):7-11.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17853704?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

10) Vimercati A, Scioscia M, Panella E, Nardell C, Coluccia A, Camporeale C, DeCosmoL, Laforgia L, Salvaggi L. Perinatal risk factors and mode of delivery correlated to survival and psychomotor disability in extremely low birth weight infants. Gynecol Obstet Invest 2008;66(2):91-7. Epub 2008 Apr 25.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18437028?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

11) Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. Vaginal versus caesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. J Reprod Med. 2007 Jun;52(6):473-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17694963?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

12) Herbst A, Kallén K. Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm breech delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007 Jul;133(1):25-9. Epub 2006 Sep 20.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16996196?ordinalpos=8&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum