# PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA TRANSICIÓN FETAL A LA NEONATAL

**Comentado por la Lic. Guillermina Chattás.**
**Revisado por la Lic. Ana Quiroga**

**Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition**
*Judith S. Mercer, CNM, DNSc; Debra A. Erickson-Owens, CNM, MS; Barbara Graves, CNM, MN, MPH; Mary Mumford Haley, CNM, MS*

**J Midwifery Womens Health.** *2007;52(3):262-272.*

**Resumen:**

Muchas prácticas realizadas durante el periparto, parto y postparto impactan sobre la transición fetal a la neonatal, incluidas la medicación durante el trabajo de parto, los protocolos de aspiración de secreciones, las estrategias para prevenir la hipotermia, el clampeo del cordón y el uso de oxigeno al 100% para la reanimación. No existe evidencia respecto de los beneficios de muchas de estas prácticas para el recién nacido.
No se han obtenido resultados definitivos sobre el efecto de la analgesia materna sobre el recién nacido. Aunque el clampeo inmediato del cordón es una práctica común, la evidencia reciente de ensayos controlados sugiere que el clampeo diferido del cordón protege al bebé de la anemia.
El cuidado piel a piel del niño después del nacimiento se recomienda como principal apoyo para la termorregulación y el cuidado del recién nacido. La aspiración rutinaria no trae beneficios. Ni la amnioinfusión, ni la aspiración de las fauces previa al nacimiento de los recién nacidos meconiales previene el síndrome de aspiración. El uso del oxígeno al 100% en el nacimiento durante la reanimación, aumenta el estrés oxidativo y no parece ofrecer ventajas sobre el uso de aire ambiente.
La revisión de la evidencia en prácticas sobre los recién nacidos revela que a menudo, cuanto menos intervención, mejor. Las recomendaciones apoyan un nacimiento apacible, fisiológico, y un cuidado centrado en la familia del recién nacido.

## Comentario:

Los autores de éste artículo comienzan por enunciar algunos conceptos relacionados con la transición de la vida fetal a la neonatal, como proceso fisiológico y normal desde el comienzo de la raza humana. Muchas de las rutinas aplicadas en las instituciones de salud para favorecer la adaptación de los recién nacidos a la vida extrauterina, están fundamentadas en la conveniencia y en los hábitos, y nunca han sido validadas.

Algunas prácticas recientes –tales como el contacto piel a piel, y la demora en el corte de cordón– son consideradas por algunos estudios como "prácticas experimentales". También se mencionan estudios recientes que comienzan a identificar algunas antiguas tradicionales realizadas en el momento del nacimiento, que deben ser discontinuadas.

Para alcanzar un nacimiento apacible, fisiológico y un cuidado centrado en la familia del recién nacido, es necesario identificar qué prácticas pueden interferir en el vinculo entre el recién nacido y su madre. En este artículo los autores examinan la evidencia acerca de las prácticas habituales durante la transición, incluyendo el efecto de la analgesia materna durante el trabajo de parto, el corte de cordón, la termorregulación, la aspiración y la reanimación del recién nacido.

**En cuanto al efecto de la analgesia materna sobre la transición neonatal**, los autores citan la relación entre la administración de analgésicos y los valores obtenidos en el test de Apgar y el pH en sangre de cordón. Un grupo de madres recibió medicación analgésica por vía parenteral y otro grupo por vía peridural, comprobándose en el primer grupo una mayor incidencia de recién nacidos con Apgar menor de 7 al minuto de vida, aunque no advierten diferencias a los 5 minutos. Los recién nacidos expuestos a analgesia epidural presentaban un menor riesgo de tener un pH < 7,2 en la sangre del cordón, en comparación con los recién nacidos cuyas madres no habían recibido analgesia epidural.

El riesgo de depresión respiratoria está aumentado por la administración de medicación analgésica a la madre, entre 1 y 4 horas antes del nacimiento, coincidiendo con el pico de la droga en sangre, durante el trabajo de parto.

También refieren los autores que las mujeres que reciben analgesia epidural presentan mayor incidencia de fiebre materna y, consecuentemente, mayor evaluación de sepsis en el recién nacido, aunque no hay evidencia que la administración de analgesia epidural aumente la incidencia de la misma.

Es conocido el impacto negativo de la administración de analgesia en el parto y el éxito en la alimentación específica del recién nacido. Los efectos detectados son la inhibición de la succión, la demora en el establecimiento de la misma, la disminución del período de alerta en el recién nacido y de la funciones neuroconductuales. Estos estudios observacionales tienen una antigüedad de 30 años. Otros estudios no encuentran ésta correlación, y no encuentran impacto en la prevalencia de la lactancia en las primeras seis semanas de vida. Se necesita más evidencia para relacionar efectos adversos de la analgesia

durante el parto sobre la lactancia.
No hay diferencia en la admisión a la UCIN entre los recién nacidos expuestos a analgesia peridural vs. aquellos que no lo fueron, durante el trabajo de parto.

El artículo también se refiere al período transcurrido antes del clampeo del cordón umbilical después del nacimiento. De ser éste demasiado corto, produce en los recién nacidos de término una disminución del 20 % de la volemia y una reducción del volumen de glóbulos rojos, si bien no hay estudios de seguimiento de estos niños a edades mayores de 6 meses. La demora en el clampeo de cordón no aumenta la incidencia de policitemia y el corte inmediato de cordón en los recién nacidos de término parecería conducir a la anemia en la infancia.

Por otro lado, en relación con la **termorregulación,** el contacto piel a piel trae beneficios a corto y largo plazo. A corto plazo, la temperatura de los recién nacidos colocados sobre la piel de la madre es mayor que si son colocados en una servocuna o en una superficie precalentada. Además los niños que son colocados piel a piel con sus madres en la primera hora de vida duermen más, pasan mas tiempo en sueño tranquilo, y están mejor organizados durante las primeras 4 horas de vida. A largo plazo el contacto piel a piel y la succión en la primera hora de vida, prolongan la lactancia materna, brindan sentimientos positivos hacia los recién nacidos y las madres se encuentran mas satisfechas que aquellas que no han pasado por ésta experiencia. En resumen, hay evidencia suficiente para afirmar que el contacto piel a piel inmediato al parto es una practica segura, económica, y aceptable como medida para regular la temperatura de los recién nacidos de término.

Una práctica muy establecida en nuestro medio, como es **la aspiración de secreciones al nacer** en recién nacidos de término no agrega beneficios vs. aquellos que no han sido aspirados. Esta es una práctica que debería ser abandonada en la recepción del recién nacido.

Las autoras refieren que **el tratamiento de niños con líquido amniótico meconial** incluye la amniofusión durante el trabajo de parto y la aspiración orofaríngea de los recién nacidos teñidos con meconio. Las más recientes evidencias sugieren que estas prácticas no ayudan ni previenen el síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial.
Durante mucho tiempo se afirmó que la **aspiración gástrica** de los recién nacidos previene la regurgitación y aspiración de meconio o del contenido gástrico. Esta es una práctica que no trae beneficios para el recién nacido, por tal motivo no debe ser una rutina de cuidado.

La utilización de **aire ambiente versus oxigeno en la reanimación neonatal**, es otra práctica a que las autoras se refieren. Todos los estudios publicados sobre el tema, sugieren que no hay diferencia entre la mortalidad del grupo reanimado con aire ambiente y los recién nacidos reanimados con oxígeno, ni tampoco tiene incidencia sobre el test de Apgar, tiempo del primer llanto, regularización de la respiración, incidencia de encefalopatía hipóxico isquémica y resultados de los exámenes de seguimiento neurológico.Aún la exposición por períodos cortos de oxigeno al 100% provocan estrés oxidativo.
Las nuevas Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana del Corazón, en su Programa de Reanimación Neonatal, contienen un cambio significativo en el uso del oxigeno al 100%. Las nuevas guías recomiendan el uso de aire ambiente en el momento de la reanimación, y si no hay respuesta positiva a los 90 segundos, administración de oxigeno.

Después de una lectura profunda de este artículo, me parece necesario hacer algunas reflexiones acerca de la practica profesional de las enfermeras, sobre la educación a los padres, las nociones acerca del cuidado de sus hijos que les brindamos, y sobre los conocimientos que enseñamos a nuestros alumnos y colegas recién egresados. Realizamos prácticas en el ejercicio profesional de la enfermería que no tienen sostén en la mejor evidencia. Repetimos durante años y aseguramos conceptos, que nada tienen que ver con la evidencia disponible. Seguimos promocionando prácticas en donde prima nuestra experiencia en relación a la evidencia científica. “A mi me parece”, “según nuestra experiencia”, “la recomendación en nuestro hospital”, “nosotros lo realizamos así”, son expresiones frecuentes en las exposiciones de los congresos, y en la defensa cuando alguien osa preguntar o cuestionar alguna práctica habitual en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
La Enfermería Basada en la Evidencia es la utilización consciente, explicita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, procedente de investigación válida y fiable.
¿Cómo la podemos obtener? A través de la búsqueda de métodos científicos para obtener información comprobada y aplicable a la práctica, cuyo principal representante son las revisiones sistemáticas
A. Gómez de la Cámara, sostiene que "la utilización óptima de la información científica contrastada y fiable, aquella procedente de la mejor investigación, sería la clave para mejorar la eficacia de la practica clínica, reduciendo la incertidumbre y aumentando la estima y el aval ético del profesional".
Antes de asegurar, afirmar, defender, realizar alguna práctica de enfermería, mejor cuestionémosla, pongámosla bajo el tamiz de la evidencia para que los recién nacidos reciban el mejor cuidado, y no los sometamos a prácticas innecesarias y perjudiciales, sobre todo en el período de transición, donde “el equilibrio” es francamente inestable.
Debemos continuar construyendo un cuerpo de conocimientos que apoye la evidencia: a menudo, menos intervención es mejor. ■