



Inductores de madurez pulmonar fetal

Este mes de octubre se cumplen 43 años de la publicación del trabajo de G.C. Liggins y R.N. Howie¹ en el que reportaron los resultados de su ensayo controlado y aleatorizado, con la aplicación prenatal de betametasona para la prevención del síndrome de dificultad respiratoria asociada con el parto prematuro. Ese ensayo proporcionó pruebas claras de la eficacia del fármaco para reducir el síndrome de dificultad respiratoria y la mortalidad en 282 niños.

Desde entonces se han publicado más de 15 ensayos clínicos con asignación aleatoria que han confirmado estos resultados. Posteriormente, los ensayos también han demostrado que el tratamiento con glucocorticoides reporta menores tasas de hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante y, naturalmente, de mortalidad neonatal, en comparación con los recién nacidos prematuros de madres a quienes no se les administraron glucocorticoides.

Se considera que alrededor de 15 millones de niños nacen prematuros, con un millón de muertes al año debidas a complicaciones directas del nacimiento antes de las 37 semanas, y alrededor de un millón más cuando a la prematuridad se asocian otras condiciones, especialmente en los que tienen bajo peso al nacimiento. La mayoría de los niños prematuros (más de 80%) tiene entre 32 y 36.6 semanas de gestación, y muchos mueren innecesariamente por falta de atención con medidas simples y de bajo costo,

y la administración de inductores de madurez pulmonar fetal es una de esas medidas.

Ya desde 1993, en la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) se establece que se “debe favorecer la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal”, así mismo en todas las guías de práctica clínica internacionales, y en otros muchos estudios que tratan de prematuros, se cataloga la medida con recomendación 1 A (recomendación fuerte y de alta calidad de evidencia) y que es una medida de buena práctica clínica.

A pesar del tiempo que tiene esta estrategia y de su recomendación, no en todos los casos en que está indicada la administración de glucocorticoides o algún otro inductor de madurez pulmonar, en la proximidad del nacimiento pretérmino, se lleva a cabo, y las razones no siempre son justificables. Según la publicación de Vogel J.P. y colaboradores², las tasas de administración prenatal de corticoides varían entre diferentes países, pero en los llamados en vías de desarrollo, donde se encuentra nuestro país, se reporta desde 16% en Afganistán, hasta 91% en Jordania con una media de 54% (16-91%); en México la media reportada por estos autores fue de 54% (38.9-68.0%).

En el artículo “Factores relacionados con la falta de aplicación de glucocorticoides antenatales” se revisaron los expedientes de 84 pacientes

de un hospital público, con indicación para aplicación de inductores de madurez pulmonar fetal y a quienes no se les administraron, que se encuentra en este número, señala los tipos de problema que existen para realizar esta medida que puede evitar o por lo menos disminuir la mortalidad neonatal y la morbilidad grave.

Los recién nacidos prematuros que sobreviven tienen mayor tendencia a padecer discapacidades, como parálisis cerebral, convulsiones y problemas graves de aprendizaje.³ La muerte o el daño grave de un hijo es una tragedia para los padres y la familia, que quien los ha vivido arrastra un sentimiento de impotencia y de rabia, es en parte evitable por los que tenemos a nuestro cargo la atención obstétrica, ya sea con medidas simples como un adecuado control

prenatal y las estrategias, como la tratada aquí, evitará estas adversidades.

José Niz Ramos

REFERENCIAS

1. Liggins GC, Howie RN. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. *Pediatrics* 1972;50, October 1.
2. Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, Mori R, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Use of antenatal corticosteroids and tocolytic drugs in preterm births in 29 countries: an analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. http://www.hospital-cqmu.com/k/tsg/files.upload/20140815_1034142812/20140715103943-PIIS0140673614605808.pdf
3. National Research Council. The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop (Washington DC: National Academy Press, 2000): 6, 17.