
_ Wiswell TE, Gannon CM, Jacob J, et al. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial. Pediatrics.2000; 105 :1 –7

Wiswell, T. (1998). Manejo en la sala de partos de neonato aparentemente vigoroso con líquido manchado de meconio: resultados de una prueba multicéntrica e internacional.

Se estudiaron 2094 bebés vigorosos nacidos a 37 semanas o más con líquido amniótico con meconio (cualquier consistencia: hubo 43% ligeramente manchado, 29% moderadamente espeso y 28% espeso, similar en ambos grupos). Los bebés se intubaron al azar. No hubo diferencia significativa en la tasa de Síndrome de Aspiración Meconial, SAM (3,2% del grupo intubado y 2,7% en el grupo control). 3,8% del los bebé intubados tuvieron complicaciones relacionadas con el procedimiento, todas transitorias (braquicarda, ronquera, laringoespasmos, apnea, sangrado de las cuerdas vocales, cianosis.) Aproximadamente 7% de los infantes en ambos grupos desarrollaron distrés respiratorio posterior. Mientras más espeso el meconio, más probable el desarrollo de distrés.

No se ven beneficios de succionar durante el nacimiento a los neonatos con líquido manchado con meconio

(en: <http://www.mail-archive.com/ozmidwifery@acegraphics.com.au/msg11411.html>)

SAN FRANCISCO (Reuters Health) feb 11, 2003. Succionar durante el nacimiento a los infantes que presentan líquido

manchado con meconio no parece prevenir el síndrome de aspiración meconial. Este hallazgo, presentado en la reunión de la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal, contradice las pautas actuales de manejo del parto.

Quien dirigió el estudio, el Dr. Edgardo Szyld, del Hospital Diego Paroissien en Buenos Aires, Argentina, opina que “debe considerarse la revisión de las recomendaciones actuales” de succionar al infante durante el nacimiento.

A un total de 2514 infantes con líquido amniótico manchado con meconio se les aplicó al azar succión nasofaríngea (nota: *también pone orosuction, pero no encontré el término en español*) o ninguna succión después de la salida de los hombros. De los infantes succionados, 3,5% desarrollaron síndrome de aspiración meconial, así como 3,6% de los bebés no succionados. Cinco niños murieron en el grupo succionado, y tres en el grupo no succionado.

No se observaron diferencias entre los dos grupos en la frecuencia de meconio espeso, operaciones cesáreas o necesidad de resucitación.

El Dr. Szyld dijo que un estudio de los 70 fue la base para la recomendación de la succión cuando el líquido manchado con meconio era evidente. Recomendaciones para succionar establecidas por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) hizo que la práctica se “difundiera, y ahora se practica en todo el mundo.”

Sin embargo, afirma que el reciente estudio demuestra que succionar antes de que salgan los hombros no previene el síndrome de aspiración de meconio ni sus complicaciones.

La Dra. Laura E. Riley, presidente del Comité de Práctica Obstétrica de la ACOG, dijo a Reuters Health: “La información presentada por el equipo del Dr. Szyld provee evidencia

convinciente de que succionar probablemente no altera” el resultado.

También dijo: “Puesto que la succión ha sido usada por el personal médico durante tantos años, no estoy segura de que este descubrimiento cambie la práctica médica”. La Dra. Riley sigue diciendo: “Sin embargo, creo que el descubrimiento puede brindar algún consuelo al personal clínico de que cuando ocurre el síndrome de aspiración de meconio, lo más probable es que no haya tenido nada que ver con cuán bien se haya succionado al bebé.”

Aunque la Dra. Riley opina que los investigadores tuvieron éxito en mostrar que el succionar es probablemente innecesario, dijo que no abordaron “si el succionar pueda en realidad tener efectos dañinos, como causar trauma facial.”

Existen más estudios diferentes, pero, lamentablemente, no tengo tiempo de traducirlos todos, sólo ésta muestra. También hay varias teorías del porqué del síndrome, entre ellas está una que (en mis propias palabras) dice que el síndrome se debe a un problema pulmonar preparto, mucho anterior al parto, que causa que el bebé no pueda limpiar sus pulmones. Esto se determinó a partir de un estudio de bebés que murieron por el síndrome, en quienes se encontré un grado de infección importante en los pulmones que no es posible de no haber tenido el problema desde hace tiempo. Así que concluyen que el meconio no es la causa del problema, sino un síntoma del distrés causado por la infección bacterial.

De todos modos, es bueno que recordemos estos datos (para poner el asunto en perspectiva):

La incidencia de líquido amniótico manchado de meconio es de 12% en los nacimientos vivos. En aproximadamente un tercio de estos infantes (4% de los nacimientos vivos) el meconio se presenta debajo de las cuerdas vocales. Sin embargo, el síndrome

de aspiración meconial se desarrolla en sólo 2 de cada 1000 nacimientos vivos (0,2%). 95% de los infantes que han inhalado meconio limpian sus pulmones espontáneamente. (Katz y Bowes Jr, 1992. Meconium aspiration syndrome: reflections on a murky subject.)

Otras referencias que pueden buscarse en
<http://neoreviews.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;113/1/133>

REFERENCES

1. Wiswell TE, Bent RC. Meconium staining and meconium aspiration syndrome. *Pediatr Clin North Am.*1993; 40 :995 –981
2. Kattwinkel J, ed. *Textbook of Neonatal Resuscitation*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000
3. Gregory GA, Gooding CA, Phibbs RH, Tooley WH. Meconium aspiration in infants: a prospective study. *J Pediatr.*1974; 85 :848 –852[[CrossRef](#)][[ISI](#)][[Medline](#)]
4. Ting P, Brady JP. Tracheal suction in meconium aspiration. *Obstet Gynecol.*1975; 122 :767 –771
5. Wiswell TE, Tuggle JM, Turner BS. Meconium aspiration syndrome: have we made a difference? *Pediatrics.*1990; 85 :715 –721[[Abstract/Free Full Text](#)]
6. Linder N, Aranda JV, Tsur M, et al. Need for endotracheal intubation and suction in meconium-stained neonates. *J Pediatr.*1988; 112 :613 –615[[CrossRef](#)][[ISI](#)][[Medline](#)]
7. Liu WF, Harrington T. The need for delivery room intubation of thin meconium in the low-risk newborn. *Am J Perinatol.*1998; 15 :675 –682[[ISI](#)][[Medline](#)]
8. Wiswell TE, Gannon CM, Jacob J, et al. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial. *Pediatrics.*2000; 105 :1 –7[[Abstract/Free Full Text](#)]

- 9.** Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P, et al. International guidelines for neonatal resuscitation: an excerpt from the Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: international consensus on science. Contributors and reviewers for the neonatal resuscitation guidelines. *Pediatrics*.2000; 106(3) . Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/3/e29>

- 10.** Raupp P, Reynolds G. Intubation and suction for meconium-stained amniotic fluid according to the Neonatal Resuscitation Program: a tricky issue [letter]. *Pediatrics*.2004; 113 :182[[Free Full Text](#)]

- 11.** Cleary GM, Wiswell TE. Meconium-stained amniotic fluid and the meconium aspiration syndrome: an update. *Pediatr Clin North Am*.1998; 40 :511 –529