

Pescando en Internet

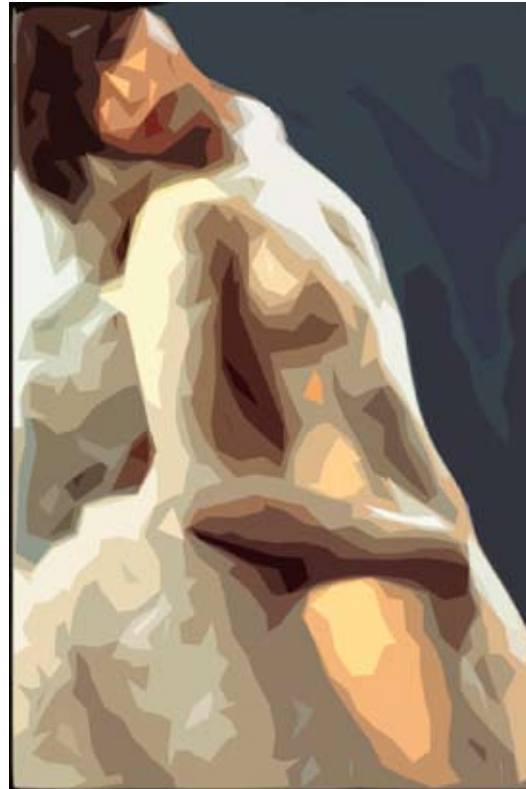
RICARDO TOPOLANSKI

Contenido / Contents

Restricción del crecimiento fetal intrauterino y comparación de la guía del ACOG con otras guías nacionales

2

Viernes 5
JUNIO | 2009



RT. Desnudo cubista.

Desnudo cubista, que no es un desnudo picassiano; se trata una intervención informática de la imagen de la tapa del libro, "The Naked", que una compañera de clase en Bellas Artes me pidió que se la arreglara para usarla como modelo para pintar. La fotografía original sufrió varias transformaciones, la primera de las cuales consistió en suprimir las letras del título del libro, que la cubrían parcialmente, seguida de la aplicación de varios filtros hasta obtener la distribución de formas y colores que me satisficieron como para su presentación. Se presentará en una exposición de fotografías intervenidas que tendrá lugar en el mes de agosto próximo.

Siglas: ACOG, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos; CTG, cardiotocograma fetal; EAC, estudios aleatorizados y controlados; PBF, perfil biofísico fetal; PEG, Pequeños para la edad gestacional; PFE Peso fetal estimado; RANZCOG, Real Colegio Australiano y Neozelandés de Obstetras y Ginecólogos; RCIU, restricción del crecimiento intrauterino; RCOG, Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos; RN, recién nacido; SOGC, Sociedad de Obstetras y Ginecología del Canadá;

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:
Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay



DIRECCIONES
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net

Secretaría SOGIU
18 de Julio 714. CP 60.000.
Paysandú, Uruguay
Fax: (598 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU
• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU
• <http://www.sogiu.com>



■ Restricción del crecimiento fetal intrauterino y comparación de la guía del ACOG con otras guías nacionales

Nunca viene mal comparar lo que uno hace con lo que hacen los demás: siempre se puede aprender algo, sin olvidar que lo que uno está haciendo puede ser tanto más valioso que lo que otros hacen y para no generalizar, en medicina es bueno tener en cuenta que muchos factores regionales o locales pueden hacer que las necesidades nacionales sean diferentes o deban ser solucionadas de otra manera que las que se indican en otras guías. Esto dicho para ir aclarando, en este caso se trata de una investigación realizada por un equipo integrado por SP Chauahn, LM Gupta, NW Hendrix y V Berg-hella, del Aurora Health Center, Milwaukee, Wisconsin, EEUU y del Jefferson Medical College, de la Universidad Thomas Jefferson, en Filadelfia, EEUU, que fuera publicado en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2009; 200: 409,e1- 409.e6.

Escritos para optimizar los resultados, minimizar costos y disminuir los cargos por malapraxis, los boletines de práctica (llamados comúnmente por nosotros las guías del ACOG) son una de las publicaciones que más influyen sobre la práctica de los clínicos que ejercen la obstetricia en los EEUU. Estos boletines identifican publicaciones pertinentes sobre temas específicos, clasifican las referencias de acuerdo a la Agrupación Estadounidense de Tareas de Prevención (US Preventive Task Force), sintetizan la literatura y formulan recomendaciones basadas en la evidencia.

Acostumbrados a estas guías desde 1998, los clínicos en los EEUU pueden no saber que en otros países también existen publicaciones análogas. El Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG]) del Reino Unido de Gran Bretaña, por ejemplo, publica las guías verdes; la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (Society of Obstetricians and Gynecology [SOGC]) las guías clínicas prácticas y el Real Colegio Australiano y Neozelandés de Obstetras y Ginecólogos (Royal Australian New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists [RANZCOG]), las normas clínicas. Debido a que 4 diferentes organizaciones sintetizan publicaciones en inglés, se les ocurrió a los autores que la comparación de las guías clínicas sobre un tópico específico sería ilustrativa de las prácticas en diferentes países e instructiva acerca de la formulación de las guías.

El propósito de este artículo de revisión fue determinar las similitudes y las diferencias, si existieran, en las guías nacionales sobre un tópico específico y debido a que el ACOG caracteriza la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) como "uno de los problemas más comunes y complejos en la obstetricia moderna" los autores eligieron este tópico para comparar las guías de otros países. La revisión comenzó por el acceso a las páginas web del ACOG, RCOG, SOGC y RANZCOG y determinar si existían en ellas publicaciones sobre el RCIU. Hasta marzo de 2008, ni la SOGC ni el RAMZCOG habían publicado guías nacionales sobre este tópico, por lo que esta revisión se enfocará sobre las guías del ACOG y el RCOG que fueron publicadas en 2000 y 2002 respectivamente.

Resultados. Las guías del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y el ACOG concuerdan con la definición del crecimiento anormal, pero existen variaciones notorias en relación con el diagnóstico y la conducta de los pequeños para



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

la edad gestacional (**PEG**). El RCOG tiene más recomendaciones que el ACOG (18 vs 1 respectivamente). Los artículos de referencias varían, con sólo 13 artículos similares citados por ambos comités.

Terminología y definiciones. El ACOG observa que los términos RCIU y PEG se han empleado en forma intercambiada, creando confusiones sobre el tópico. De acuerdo a las guías estadounidenses, el PEG es un RN con un peso al nacer (PN) por debajo del 10° percentilo para la edad gestacional, mientras que el RCIU es el peso estimado por debajo de este umbral. El RCOG no hace la diferencia entre RCIU y PEG.

Sin tener en cuenta qué es lo que las guías nacionales llaman crecimiento subóptimo, ambos están de acuerdo de que existen múltiples definiciones. El peso estimado o el peso actual por debajo del 3° o 5° percentilo, por ejemplo, son dos criterios comunes que ambas guías reconocen. A pesar de los distintos criterios, tanto el ACOG como el RCOG consideran que la condición anómala debe ser estimada, o que el peso actual, deba ser por debajo del 10%. Para el RCOG, la circunferencia abdominal menor al 10% es suficiente para sospechar un PEG, pero el ACOG no menciona dicho criterio.

Factores de riesgo. Sobre este tópico, el boletín de práctica anota 33 factores de riesgo para la RCIU que pueden incluirse dentro de 3 grandes categorías: 24 de origen materno, 6 de origen placentario y 3 de origen fetal. Es con alguna de estas condiciones que el ACOG plantea la posibilidad de una RCIU. La incidencia de PEG con la adicción materna a la heroína, por ejemplo, es del 50%; con la metadona, del 35% y con la cocaína del 30%. *(Ahora, debido a su frecuencia, habría que hacer el cálculo en nuestro medio; ¿cuál es la frecuencia de la RCIU con la pasta base o con el paco, nueva mezcla que parece estar ingresando recién a nuestro país desde la Argentina?)* Para algunos factores de riesgo como la preeclampsia, el boletín de práctica no brinda la tasa de crecimiento anómalo. De modo sorprendente, la guía verde no discute los factores de riesgo para los PEG. Al excluir la gestación múltiple y los fetos anómalos, el RCOG implica que estos, deben ser factores de riesgo para el crecimiento anómalo.

Diagnóstico. En tanto que existen similitudes entre los métodos del ACOG y el RCOG para el diagnóstico de crecimiento inadecuado, existen sin embargo, diferencias notables en lo que se refiere al diagnóstico del mismo. De acuerdo con el boletín de práctica, los dos pasos relacionados con el reconocimiento prenatal del RCIU son la elucidación de los factores de riesgo maternos con la determinación clínica del tamaño uterino y las medidas ecográficas de los parámetros biométricos, suplementados con el examen invasivo fetal para aneuploidías o infecciones virales, cuando estén indicados. El RCOG señala 5 métodos que pueden emplearse para detectar un PEG: la palpación abdominal, la medida sínfiso-fundal, la medida ecográfica de los parámetros biométricos o bien el peso fetal estimado (**PFE**) derivado de los mismos y la velocimetría del flujo de la arteria umbilical por eco-Doppler. Para el RCOG, los factores de riesgo no son parte del algoritmo.

Ambas guías están de acuerdo en que la evaluación clínica de la paciente no es el método ideal para detectar un crecimiento anómalo. El ACOG hace notar que con el examen clínico no se detecta 1/3 de los casos y que el 50% son mal diagnosticados. La revisión de la literatura del RCOG sugiere que por medio de la palpación abdominal, se detecta sólo el 30%

DIVINA 21
Drospirenona 3,00 mg - Etinilestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

de los PEG. Con la medición sínfiso-fundal, la sensibilidad varía entre el 27% y el 86%. De acuerdo con el RCOG el empleo de una cartilla hecha a propósito mejora la exactitud de la detección de los PEG, pero este tipo de aproximación diagnóstica no se menciona por el ACOG. Debido a las limitaciones existentes para la detección de la RCIU por medio del examen clínico, tanto el ACOG como el RCOG recomiendan las mediciones biométricas de feto y del peso fetal estimado. Ambas guías están de acuerdo en que si la circunferencia abdominal o el peso fetal estimado es menor al 10% para la edad gestacional, debe sospecharse el crecimiento anormal. Para la detección del crecimiento anormal, el RCOG es específico acerca de que deben utilizarse las ecuaciones regresivas para determinar el peso fetal estimado, en lo que no está de acuerdo el ACOG.

Es interesante señalar que el ACOG considera al líquido amniótico un parámetro diagnóstico importante en los fetos con RCIU, en tanto que el RCOG hace notar que la determinación del mismo, tiene un “mínimo valor diagnóstico” para el crecimiento inadecuado. Ambas guías están de acuerdo en que la medición Doppler de la arteria umbilical no es una técnica de rastreo confiable para la RCIU.

Conducta. El ACOG recomienda que, una vez que se sospecha la presencia de un RCIU, es necesario efectuar un examen minucioso para excluir la presencia de anomalías. Deberá efectuarse una amniocentesis si se piensa en un RCIU precoz o severo o si éste está asociado a anomalías. En cambio, el RCOG sugiere que la determinación de defectos cromosómicos deberá efectuarse si existen anomalías y también si la circunferencia abdominal o el peso estimado del feto es menor del 5% o si el Doppler es normal. El hecho de determinar si una infección viral es la causa de la RCIU se recomienda por el ACOG, pero no es mencionada por el RCOG.

Una vez identificado un RCIU, el ACOG recomienda uno de los exámenes antenatales: como el perfil biofísico fetal (**PBF**), el examen de las contracciones uterinas, el “*non stress test*” o cardiotocograma fetal (**CTG**), la determinación de la circunferencia abdominal o el estudio Doppler de los vasos fetales. En tanto que el ACOG reconoce la falta de estudios aleatorizados y controlados (**EAC**) relacionados con la vigilancia fetal óptima, el RCOG determina con claridad que el diámetro biparietal, el cardiotocograma fetal y el PBF deberían emplearse con relativa poca frecuencia para monitorizar el RCIU. Las guías verdes citan la revisión Cochrane del CTG anteparto para determinar el bienestar fetal y que existía una tendencia hacia un aumento de la mortalidad fetal entre aquellos que se monitorizaban vs los que no se monitorizaban. (¿?).

Ambas guías concuerdan en el uso del Doppler de la arteria umbilical para el determinar la conducta en el RCIU, aunque el RCOG enfatiza que ésta debería ser la conducta primaria de vigilancia. Para el ACOG, el Doppler de la arteria umbilical puede emplearse para retrasar el parto con seguridad y para el RCOG puede emplearse para la predicción de resultados perinatales pobres. Adicionalmente, el RCOG hace notar que el uso del Doppler de la arteria uterina se relaciona con un resultado perinatal pobre y una elevada mortalidad perinatal.

Las guías del ACOG y del RCOG concuerdan que la mayoría de las intervenciones no previenen ni mejoran los resultados perinatales. El reposo en cama, el tratamiento con nutrientes o con suplementación de zinc o de calcio, la terapia materna con oxígeno, la heparina y la heparina a bajas dosis no han mejorado los resultados. A la lista de tratamientos no efectivos, el RCOG agrega el empleo de los betamiméticos, los bloqueadores de los canales del calcio y las terapias hormona-

les. Ambas guías están de acuerdo en que el dejar de fumar puede aumentar el peso al nacer, pero que no mejora los resultados. En áreas de malaria endémica, el tratamiento no produce beneficios de acuerdo al ACOG.

El parto. De acuerdo al ACOG, la edad gestacional y los resultados de los exámenes antenatales deberían ser considerados cuando se individualiza el momento del nacimiento. Una vez que la supervivencia extrauterina sea posible, debe considerarse el parto si la determinación del estado fetal no se puede garantizar o si no se produce algún crecimiento en el curso de las 2 a 4 semanas siguientes. El RCOG es más específico y determina que si la vigilancia es normal y si puede observarse el final del flujo diastólico, entonces puede decidirse el atraso del parto hasta las 37 semanas. Si no se observa el final de la velocidad diastólica o si ésta está revertida, entonces se deberá efectuar la hospitalización, la administración de esteroides y monitorizar de cerca a los fetos con los perfiles biofísicos y el Doppler venoso, retrasando el parto hasta las 34 semanas si fuera seguro.

Al contrario que el ACOG, con un crecimiento sub-óptimo, el RCOG enfatiza la administración de esteroides si la edad gestacional es menor a 36 semanas, con monitorización continua con CTG y parto en una unidad en la que exista una óptima experiencia neonatal y éstas sean obtenibles.

Recomendaciones. Ambas guías nacionales revisan extensivamente la literatura al respecto, evalúan los estudios de acuerdo a los métodos sugeridos por la Agrupación Estadounidense de Tareas de Prevención (*US Preventive Task Force*) (ACOG) o la Agencia para la Investigación de la Salud y su Calidad (*US Agency for Healthcare Research and Quality*) clasificando sus recomendaciones como de niveles A, B y C. Ambas concuerdan que las sugerencias del nivel C se basan en principio comunicaciones de comités de expertos o en opiniones de consensos de expertos; sin embargo, ambas difieren que es lo que constituyen las recomendaciones B y A. Para el ACOG, las recomendaciones del nivel B presentan evidencias científicas limitadas o inconsistentes, mientras que para el RCOG, significan la obtención de estudios bien controlados, pero la ausencia de investigaciones clínicas aleatorizadas. Para las recomendaciones del nivel A, el ACOG necesita evidencias científicas buenas y consistentes, las cuales no es necesario que sean aleatorizadas. En cambio, el RCOG requiere que, por lo menos una investigación aleatorizada para categorizar una recomendación como de nivel A.

Una diferencia importante en la clasificación de las recomendaciones es que el RCOG hace una distinción entre estudios de efectividad vs exactitud diagnóstica. Basados en los grados brindados por el Centro de Servicios Nacionales para la Revisión y Distribución, los estudios de diagnóstico se clasifican de forma diferente a las comunicaciones sobre eficacia. Así, para el RCOG las recomendaciones son A_E, B_E o C_E para los estudios sobre efectividad y A_D, B_D o C_D para las comunicaciones de diagnósticos. El ACOG no hace tal diferenciación.

Debido a que las clasificaciones de recomendaciones difieren entre las dos guías nacionales, se comprende que existan diferencias cuantitativas. En tanto que el ACOG tiene 4 recomendaciones, (2 en el nivel A y 2 en el nivel C), el RCOG tiene 18 (10 para la exactitud diagnóstica, con 1 que es A_D, 8 que son B_D y 1 que es C_D; para la efectividad tiene 8 recomendaciones, con 3 que son A_E, y 5 C_E, sin ninguna B_E) y sobre el mismo tópico, el RCOG tiene 350% más recomendaciones.

No hay diferencias notables en las sugerencias entre ambas organizaciones. (Ver tabla en inglés al final).

El RCOG desestimula el uso del PBF, del CTG y del Doppler de la arteria uterina mientras que el ACOG los considera útiles o no ha efectuado recomendaciones al respecto. El RCOG provee 8 recomendaciones en los niveles B para estimular el diagnóstico de crecimientos anómalos, en tanto que el ACOG indica que la clásica monitorización clínica, consistente en las mediciones de la altura fundal que es la apropiada para propósitos de rutina. Aunque sea una recomendación en el nivel C_D, el RCOG determina con claridad que la palpación abdominal tiene un valor limitado para la detección de un crecimiento anormal.

Las sugerencias acerca de una conducta para los fetos con un crecimiento inadecuado difieren también en ambas guías. El RCOG recomienda la administración de esteroides hasta la 36^a semana, lo cual representa 2 semanas adicionales a la sugerencia del ACOG para el parto de pretérmino. Mientras el RCOG prevé recomendaciones específicas para el momento adecuado, la locación y la conducta intraparto de los PEG, el ACOG no lo hace.

Referencias y autores. El ACOG emplea sus propios recursos internos, la base de datos MEDLINE y la biblioteca Cochrane para efectuar la investigación de la literatura; el RCOG investiga las 2 últimas fuentes, pero también emplea la Embase y la Base de Datos de Evaluación Económica del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service Economic Evaluation Database*). Ambas guías no brindan las razones para la inclusión o la exclusión de referencias o sobre cómo se alcanzó el consenso entre el autor o los autores y el comité nacional. La fecha de la última investigación fue en marzo de 1999 para el ACOG y noviembre de 2000 para el RCOG, una diferencia de 20 meses. Es interesante señalar que el intervalo de la detención de la búsqueda y de la publicación de la guía fue de 9 meses (marzo 1999-enero 2000, respectivamente) para el ACOG y de 24 meses (noviembre 2000-noviembre 2002) para el RCOG.

Una comparación de las referencias de ambas guías es instructiva. El boletín de práctica tiene 109 referencias, siendo la más antigua 53 años anterior a la publicación; para las citas del RCOG, el valor correspondiente es de 27 años. El año promedio de publicación para las referencias fue 1993 para el ACOG y 1996 para el RCOG. El tiempo promedio de publicación de estas referencias vs las guías es de 7 años para el ACOG y de 6 años para el RCOG.

Debido a que las guías del Reino Unido se publicaron después que las del ACOG, los autores determinaron cuantas de las referencias citadas por el RCOG habían sido publicadas antes de 1999, el mes que el ACOG cerró su búsqueda de literatura. De las 1123 referencias del RCOG sobre PEG, 73% (82) fueron publicadas antes de marzo de 1999 y de éstas 82 citas, sólo 12% se encontraron en ambas guías nacionales.

Sobre el tópico de la conducta del crecimiento anormal con el tratamiento de nutrientes maternos, oxigenación y expansión del volumen plasmático, la revisión Cochrane está referida en ambas guías pero fueron publicadas en años diferentes. Incluso si estas revisiones se consideraran como equivalentes, sólo 16% (13/82) de las referencias citadas por el ACOG y el RCOG serían las mismas.

Por último, los autores compararon a los autores de ambas guías nacionales. Mientras que los subespecialistas en medicina materno-fetal escribieron el boletín de práctica del ACOG, 4 obstetras, uno de los cuales es también epidemiólogo,

AJOG
<http://www.ajog.org/>



fueron los autores de la guía verde. Aunque los miembros del comité del ACOG editaron el boletín de práctica, no hay en él mención de los miembros; en cambio el RCOG provee específicamente el nombre de los 6 clínicos, siendo 1 neonatólogo que revisó la guía. Por lo tanto, el ACOG identifica a 1 persona que autorizó la guía y el RCOG identifica a 10 clínicos.

Una investigación de PubMed (confinada a la lengua inglesa y limitada al periodo de la guía nacional) de estos 11 autores con los términos “restricción intrauterina del crecimiento” o de “pequeños para la edad gestacional” indicaron que había 1 publicación para el escritor del boletín de práctica y que se citó en la guía. Los 10 clínicos involucrados con las guías verdes habían publicados 91 artículos y 22% habían sido colocados en las referencias.

Comentario de los autores. Podría ser razonable pensar que sería innecesario e irrelevante comparar las guías nacionales sobre los mismos temas, que las recomendaciones son reflexiones acerca de las costumbres de la práctica regional y de la preferencia de las pacientes y que la síntesis de la literatura por comités diferentes en distintos países estará sujeta a la presentación de diferencias y conclusiones variadas. Sin embargo, los autores creen, debido a que la comparación de los metanálisis sobre los mismos es instructiva que, el escrutar las guías nacionales es útil para la práctica diaria de la clínica debido a que si existe una debilidad en una, ésta podría estar mitigada por la otra. Más aún, al compararlas, especialmente cuando se llega a conclusiones diferentes, puede ayudar a enfocar sobre las áreas de investigación y tal vez a proveer material para futuras ediciones de estas guías. Debido a que se supone que las guías minimizan las variaciones regionales y que están basadas en la evidencia, parece razonable el compararlas.

Finalmente, si las guías de diferentes países utilizan la literatura en el mismo lenguaje y sobre principios similares para sintetizar las referencias pertinentes, entonces no parece irrazonable esperar que se llegará a conclusiones similares.

La revisión que hicieron los autores sobre 4 guías nacionales acerca del crecimiento subóptimo es notable en 4 aspectos. Primero, Canadá, Australia y Nueva Zelanda no tienen guías nacionales sobre este tópico, en tanto que el Reino Unido y los Estados Unidos si las tienen. Segundo, el ACOG y el RCOG están de acuerdo no sólo sobre la definición del crecimiento anormal sino también que la circunferencia abdominal y también la estimación del peso fetal deben ser menores del 10% para diagnosticar un crecimiento anormal. Pero existen diferencias entre ambas guías en relación con el diagnóstico y la conducta a seguir. En tanto que el ACOG pone el énfasis en los factores de riesgo y en los niveles del líquido amniótico para enfatizar el diagnóstico, el RCOG favorece la altura uterina y las medidas ecográficas para enfatizar la detección. La conducta en un RCIU está de acuerdo en que se requieren exámenes antenatales pero, difieren en que el RCOG enfatiza el Doppler de la arteria uterina y desestimula el perfil biofetal y el CTG, mientras que el ACOG considera al *non stress test*, al CTG basal y al PBF como equivalentes.

El tercer hallazgo de este estudio comparativo es el tipo y el número de recomendaciones de cada guía. En tanto que ambos brindan sugerencias graduadas, el RCOG hace diferencias sobre la efectividad y la exactitud diagnóstica de los estudios. El hecho de que el ACOG no haya implantado esta distinción puede sembrar confusión entre los clínicos en los Estados Unidos. Uno se pregunta si la diferenciación es clínicamente relevante y si el ACOG está posiblemente remiso o que las recomendaciones de los niveles A_D y A_E son equivalentes y exigen un rápido cumplimiento en la práctica. El hecho de el

RCOG tenga más de 350 recomendaciones (4 vs 18, respectivamente) sobre el mismo tópico pone la cuestión sobre (*la validez*) de lo que constituye una recomendación en las guías nacionales.

El cuarto hallazgo se enfoca sobre las referencias citadas por las guías nacionales. Dentro de los 20 meses tanto el ACOG como el RCOG culminaron su búsqueda de literatura, y se encontraron 30 publicaciones sobre dicho tópico que el comité nacional considero de suficiente importancia como para citar. Debido a que por lo menos hay 1 artículo focal por mes sobre este tema, parece que la guía debería ser revisada o puesta al día con frecuencia. Es notable que casi 75% de las citas del RCOG se hayan publicado hacia marzo de 1999, cuando el ACOG cerró su búsqueda de artículos relevantes y todavía, sólo alrededor de 16% de las referencias son comunes a ambas guías.

El hecho de que la mayoría de las referencias no sean similares en ambas guías implica que las 2 organizaciones se estaban dirigiendo a diferentes aspectos del mismo problema o que revisaron e interpretaron la literatura de modo diferente. Debido a que ambas guías se enfocaron sobre los mismos aspectos (definición, diagnóstico, conducta y prevención) de la condición anormal, los autores piensan que tanto el ACOG como el RCOG enfatizan las publicaciones de manera diferente. Debido a que casi 25% de las referencias del RCOG fueran obtenibles después que el ACOG concluyera su investigación, esto sugiere que se produjeron importantes publicaciones desde que estaba disponible el boletín de práctica y tal vez, que el boletín de práctica necesita una revisión.

Hay limitaciones del estudio que deben ser reconocidas. Los autores revisaron ambas guías sin obtener información sobre los autores o sobre la organización. Hubiera sido útil saber, por ejemplo, cómo decidió cada organización incluir o excluir una publicación sobre el tema, qué es lo que significa una recomendación y si el RCOG estaba al tanto de la guía del ACOG acerca de este tópico junto con las diferencias entre ambos. Debido a que los autores compararon las guías sólo sobre un tema, no pueden generalizar acerca de las diferencias que observaron sobre otros temas. Otras comparaciones adicionales de guías nacionales sobre un mismo tema podrían permitir entender sobre cómo manejar varias condiciones y determinar si el boletín de práctica necesita ser modificado para ser consistente con otras guías basadas en la evidencia. Finalmente, los autores reconocen que aunque el ACOG y el RCOG han publicado cómo tienen que desarrollarse las guías nacionales, no pudieron determinar hasta donde se cumplen.

En conclusión, la comparación de las guías nacionales sobre la restricción del crecimiento intrauterino, indica que se está de acuerdo en el diagnóstico, difieren en los métodos de cómo detectar esta condición clínica y sobre la conducta a seguir. Sobre el mismo tema, dos organizaciones pueden no sintetizar la literatura de modo similar y hacer recomendaciones similares, dejando entrever algunas preocupaciones acerca de la reproducibilidad de las guías. Se hace necesario efectuar comparaciones adicionales de las guías del ACOG, el RCOG, el RANZCOG y la SOGC para determinar la consistencia entre las 4 guías nacionales y para instalar futuras investigaciones que las unifiquen.

Implicancias clínicas. Las guías nacionales sobre el mismo tópico, aunque similares en algunos aspectos, presentan variaciones notables en su contenido, las referencias citadas y las recomendaciones que se hacen. Las variaciones en las guías nacionales sobre el mismo tema preocupan en relación con la reproducibilidad de la síntesis de la literatura.

Son necesarios más estudios para la comparación de las guías nacionales de diferentes países, para el reconocimiento y la resolución de las diferencias en la síntesis de la literatura y cómo derivan de las mismas, las recomendaciones.

Lo dicho al comienzo. No todo lo que se hace en otros lados puede aplicarse del mismo modo en cualquier lugar.

R.T.