

721

BOLETÍN ELECTRÓNICO SEMANAL DE GINECOTOCOLOGÍA

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI



Viernes 08
ENERO 2016

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
carleo@adinet.com.uy

VISITE EL SITIO SGU

• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU

• <http://www.sogiu.com>

RICARDO TOPOLANSKI

topolanski.ricardo@gmail.com

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.



½ melón

Medio melón, más algunos agregados vegetales pueden servir para adornar una mesa en un restorán, al sur del estado de Bahía, en Brasil, de acuerdo al gusto de Marcia. que es la encargada de los arreglos florales.



N Nota editorial

R Resumen

A Artículo

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecitológica del Uruguay
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay
Sindicato Médico del Uruguay



CONTENTS

2 RESÚMENES DE ARTÍCULOS

- 2 Marihuana durante el embarazo y la lactancia; revisión de la evidencia
- 2 Efectos no-reproductivos de la anovulación

3

ARTÍCULO PERIODÍSTICO

5

ARTÍCULO DE OPINIÓN DEL COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (ACOG)

- 5 *Planned Home Birth.* (Planeando el parto en el hogar)

R RESÚMENES DE ARTÍCULOS

Marihuana durante el embarazo y la lactancia; revisión de la evidencia

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 2015; 213(6): 761-78. Artículo escrito por los doctores Torri D. Metz MD. MS. y Elaine H. Stickrath, MD.

Con la legalización de la marihuana (recreativa) en muchos estados (*de los EEUU*) los autores anticipan que más mujeres la usarán y lo expresarán, durante el embarazo. Esta droga es la droga ilícita que se usa con más frecuencia durante esta circunstancia, con una prevalencia que varía entre el 3% y el 30% en diversas poblaciones. La marihuana cruza libremente la placenta y es encontrada en la leche materna pudiendo tener efectos adversos, tanto perinatales como en el neuro-desarrollo fetal. Específicamente, la marihuana puede estar vinculada con una restricción del crecimiento fetal, el óbito y el parto de pre término. Sin embargo, los datos están lejos de presentarse en forma uniforme adversa perinatalmente. Los estudios existentes están plagados de confusión con el tabaco y la exposición a otras drogas, lo mismo que a otros factores socio-demográficos. Además, existe una falta de cuantificación de su exposición, en relación con el trimestre de uso y la falta o la corroboración de la auto-comunicación materna, con el muestreo biológico, lo cual contribuye a la heterogeneidad de los resultados de los estudios. Existe un cuerpo de evidencia emergente que está indicando que la marihuana podría provocar problemas en el desarrollo neurológico que resultaría en una hiperactividad, una pobre función cognitiva y cambios en los receptores dopaminérgicos. Además, los productos contemporáneos de marihuana tienen mayores cantidades de delta-9-tetrahidrocarbinol que en el año 1980 cuando se completó mucho de la investigación sobre la misma. Los efectos sobre el embarazo y sobre el feto podrían por lo tanto ser diferentes que los observados previamente. *Se hace necesaria más investigación a fin de brindar una consejería sobre la base de evidencias para las mujeres que están esperando los resultados del uso de la marihuana durante el embarazo. Mientras tanto, las mujeres deberían ser advertidas para que no usen la marihuana durante el embarazo o cuando están lactando.*

R Efectos no-reproductivos de la anovulación

Artículo publicado por los doctores B. Niethammer, C. Körner, M. Schmidmayr, P. B. Luppá y V. R. Seifert-Klauss que se publicó en la revista alemana GEBURTSHILFE u. FRAUENHEILKUNDE 2015; 75(12): 1250-1257.

Introducción: Diversos autores han vinculado trastornos ovulatorios sub-clínicos en ciclos menstruales de duración normal con el riesgo de fracturas óseas premenopáusicas y cambios en los huesos. En este estudio se examinaron sistemáticamente la influencia de la ovulación y de la anovulación sobre el metabolismo óseo de mujeres premenopáusicas. **Participantes y métodos:** en 176 ciclos en mujeres premenopáusicas sanas se midieron los valores de la FSH, del 107-beta-estradiol (E2) y de la progesterona (P4), lo mismo que de la fosfatasa alcalina ósea, (FAO), la piridolina (Pir) y los entrecruces C-terminales (CTX) durante las fases, folicular y luteínica. La probabilidad y el momento de la ovulación fue auto-determinado por un aparato de monitorización. Además se midió la densidad de la columna vertebral por medio de una tomografía computada cuantitativa, en la línea de base y hacia el final del estudio. Los análisis se restringieron hacia muestras de sangre tomadas tres días antes de la siguiente menstruación. **Resultados:** 118 ciclos fuera de los 176 recogidos, fueron completados con muestras sanguíneas tomadas con el intervalo correcto. De estas, 56.8% fueron ovulatorias por 2 criterios (símbolo ovulatorio mostrado en la pantalla del monitor y progesterona LP>6ng/ml); 33.1% fueron posiblemente ovulatorios por un criterio (símbolo ovulatorio mostrado en la pantalla o progesterona LP >6ng/ml) y, 10.2% fueron

(Los destacados y subrayados son personales)

Florence
Dienogest 2,00 mg
Ethinilestradiol 0,03 mg

NUEVO ANTI-CONCEPTIVO
con dienogest

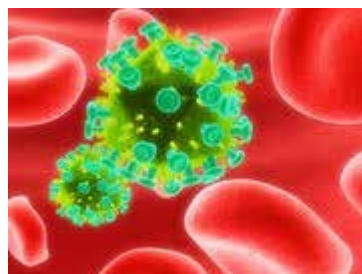
Una nueva alternativa
en anticoncepción

0800 8133
FonoMujer

Urufarma

anovulatorios por ambos criterios). La ovulación en el ciclo previo y en el mismo ciclo no influyó en forma significativa en las concentraciones absolutas de los marcadores óseos. Sin embargo, la formación ósea fue más elevada en la fase luteal de los ciclos ovulatorios que en los ciclos anovulatorios y los cambios relativos dentro de un ciclo fueron significativamente diferentes para la reabsorción ósea durante los ciclos ovulatorios vs. los anovulatorios ($p < 0.01$). En 68 pares de ciclos que se siguieron uno a otro directamente, tanto la ovulación en el ciclo previo, así como la ovulación en el ciclo presente influyeron, pero no en las diferencias de otros marcadores óseos. **Conclusión:** los ciclos ovulatorios disminuyen la reabsorción ósea en su fase luteal y en la del siguiente ciclo. La interacción entre la ovulación y el metabolismo óseo es compleja. Desde que la ovulación puede ocurrir en estados de estrógenos bajos, tales como la restricción dietaria pre-anoréxica, lo mismo que en circunstancias de estrógenos elevados, p.ej. de quistes ováricos funcionales premenopáusicos, la relación con los cambios óseos ha sido variable en la literatura. Sin embargo la acumulación de evidencias fisiológicas y clínicas apunta hacia el rol de la ovulación en la estimulación de la formación ósea y de la limitación de la reabsorción ósea.

4



ARTÍCULO PERIODÍSTICO

Un **nuevo tratamiento del VIH** (*virus de la inmunodeficiencia*) es promisorio de acuerdo a una nueva investigación. Pero este tratamiento sólo fue útil para aquellos que aún no habían recibido una terapia.

MIÉRCOLES 23 DE DICIEMBRE DE 2015. (HEALTHDAY NEWS). Nuevas y preliminares investigaciones destacan la perspectiva de que un recientemente descubierto **anticuerpo** –un componente importante del sistema inmune– podría anotarse para aumentar la respuesta corporal frente al VIH, el virus que produce el SIDA. Una sola inyección del anticuerpo, actualmente conocido como **VRC01**, disminuye notoriamente el nivel del VIH en la

sangre de quienes aún no habían recibido drogas antivirales para el tratamiento. (**Drogas antirretrovirales: ARV**) Éste es el actual tratamiento estándar para la conducción de las infecciones por el VIH, de acuerdo al estudio por los autores del Vaccine Research Center del "National Institute of Allergy and Infectious Diseases" en Bethesda, Md., EEUU. Una sola inyección (VRC01) disminuyó en forma dramática el nivel del VIH en la sangre de quienes aún no habían recibido un tratamiento ARV. Los ARV son el actual tratamiento estándar para la conducción de las infecciones por el VIH, de acuerdo al estudio de los autores del Centro de Vacunaciones del Instituto Nacional de Alergia e Infecciones.

Pero, en la gente que ya había sido tratada con una terapia ARV, la inyección de los anticuerpos no tuvo efecto sobre los niveles del VIH, presumiblemente debido a que la terapia ARV ya había reducido los niveles del VIH en su sangre, según informaron los investigadores. Y éstos, observaron pronto que el estudio era pequeño y que, incluso los pacientes que respondían podrían no estar completamente libres del VIH. Aún, "esto ofrece una alternativa potencial para la terapia antirretroviral", expresó Julián Ma, director del *Institute for Infection and Immunity* en la George's Hospital Medical School, en Londres. "Nosotros la necesitamos desesperada-

Femorel[®]
UNA TOMA MENSUAL

Tratamiento integral
de la Osteoporosis

Femorel[®]
max

Urufarma

mente para dejar de lado nuestra dependencia de un relativamente pequeño número de drogas de terapia antirretrovirales.”

Eventualmente, este nuevo ensayo podría combinarse con otros tratamientos dirigidos a disminuir los niveles del VIH en el organismo y prevenir la emergencia de peligrosas cadenas, expresó Ma, quien no fue parte de la investigación pero que conocía los hallazgos del estudio. Aún quedan muchas preguntas por responder. El estudio fue pequeño y, en este estado, poco se sabe acerca de los efectos colaterales, los beneficios y el costo potencial del tratamiento. Todavía, los expertos tienen esperanzas acerca de los resultados precoces que permiten sugerir que los pacientes pueden tolerar bien el tratamiento con el anticuerpo.

Este estudio apareció el 23 de diciembre en el número de *Science Translational Medicine* y la nueva investigación incluyó a 14 personas con VIH de los que seis ya estaban recibiendo una terapia antirretroviral. Esos seis que ya estaban siendo tratados recibieron dos infusiones del nuevo tratamiento con anticuerpos, pero no tuvieron una respuesta significativa, según demostró el estudio. Quienes no habían recibido aún el tratamiento anti VIH –ocho pacientes– recibieron una única infusión con la droga. Los niveles virales en la sangre cayeron o incluso desaparecieron en 6 de 8 pacientes con VIH que no habían recibido terapia antirretroviral. **Ello no significa que estuviesen curados del VIH.** El virus aún se mantiene en el cuerpo, con niveles indetectables. Quienes no respondieron al tratamiento, tenían variedades de VIH que eran resistentes al tratamiento, según los autores del estudio.

Los investigadores no observaron signos de efectos colaterales: sin embargo la investigación está en sus etapas iniciales, representando sólo la primera de tres etapas de la investigación necesarias, antes que la droga sea típicamente aprobada en los EEUU. Estudios futuros son necesarios para observar en mayor detalle cómo es que trabaja la droga en la gente que tiene niveles variables del virus, y en qué concentración de anticuerpos es más activo para su supresión, según anotan los autores. Los costos del tratamiento se desconocen, aunque Ma expresó que este tipo de drogas es generalmente muy caro, lo cual limita potencialmente su empleo en los países pobres (...)

El Dr. James Crowe, director del Vanderbilt Vaccine Center, en Nashville, Tenn, EEUU, expresó que el estudio impresiona y promete pero, hace notar que los efectos de dosis únicas del tratamiento de anticuerpos son “son relativamente menores y temporarias” y que algunos pacientes desarrollan rápidamente una inmunidad hacia ellas. Como resultado, por sí mismo el anticuerpo no parece ser un tratamiento prolongado, expresó. Elogió el estudio pero también llamó la atención de las variedades del VIH que son inmunes al tratamiento. “Esto indica acerca de la necesidad de combinar este anticuerpo con otros anticuerpos o drogas”, expresó. Siguiendo así, el tratamiento podría ser usado en conjunto con la medicación existente, o bien en casos en los que no actúe. O, dijo Ma, podría ayudar a mujeres embarazadas infectadas con el HIV para evitar transmitir el virus a sus bebés aún no nacidos.

FUENTES: Julian Ma, Ph.D., director, Institute for Infection and Immunity, and chair of Molecular Immunology, St. George’s Hospital Medical School, London; James Crowe, M.D., director, Vanderbilt Vaccine Center, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tenn.; Dec. 23, 2015, *Science Translational Medicine* HealthDay



A **ARTÍCULO DE OPINIÓN DEL COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (ACOG)**
 (Artículo publicado en el n° 476 de febrero 2011. Confirmación en **diciembre 2015**, por el *Committee on Obstetric Practice*.) Este documento refleja avances clínicos y científicos a medida que los datos son publicados y el tema está sujeto a cambios. La información no debería construirse como dictando una forma exclusiva de tratamiento o de procedimiento a ser seguida.)

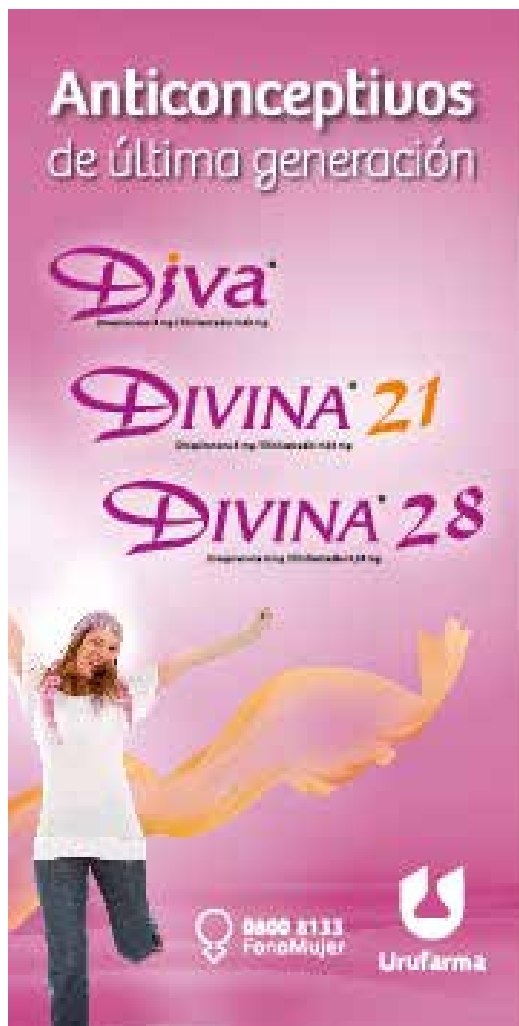
Planned Home Birth. (Planeando el parto en el hogar)

Resumen: aunque el Comité de Práctica Obstétrica cree que los hospitales y centros de partos son el lugar más seguro para el nacimiento, respeta el derecho de una mujer de tomar una decisión médicamente informada acerca del parto. Las mujeres que preguntan acerca del nacimiento en el hogar debería ser informadas acerca de los riesgos y los beneficios, sobre una base de evidencias recientes. Específicamente deberían estar informadas que aunque el riesgo absoluto podría ser bajo, el nacimiento planeado en el hogar se relaciona con un riesgo dos a tres veces mayor de muerte neonatal, cuando se lo compara con el nacimiento en un hospital. Es importante que las mujeres sean informadas sobre la selección apropiada de candidatas para el parto en domicilio; sobre la posibilidad de contar con una nurse/partera, una partera certificada, o un médico practicante dentro de un sistema de salud integrado y regulado; el rápido acceso a la consulta y la seguridad de un transporte seguro y a tiempo a un hospital cercano, que son críticas para la disminución de las tasas de mortalidad y para el logro de buenos resultados del parto a domicilio.

En los EEUU, se producen aproximadamente unos 25.000 nacimientos (0.6%) por año en el hogar ⁽¹⁾ y, **aproximadamente un cuarto de esos nacimientos son no planificados o no atendidos** ⁽²⁾. Entre las mujeres que intentan originalmente dar a luz en un hospital o de aquellas que no toman los recaudos para un cuidado profesional durante el nacimiento, nacimientos posteriores no planificados en domicilio están relacionados con elevadas tasas de mortalidad peri y neonatal ⁽³⁾. Los riesgos relativos vs. los beneficios del nacimiento planificado en el hogar, persisten sin embargo, sujetos a discusión.

Son limitadas las evidencias de alta calidad para informar sobre este debatido tema y, a la fecha no hay ensayos clínicos aleatorizados adecuados de nacimientos planificados en domicilio ⁽⁴⁾. En los países desarrollados en los que el parto a domicilio es más frecuente que se produzca, que en los EEUU, los intentos para conducir tales estudios no han tenido éxito, sobre todo debido a que las mujeres embarazadas se han mostrado reacias para participar en ensayos clínicos que involucren una aleatorización hacia el hogar o el hospital ^(5,6). En consecuencia, la mayor parte de la información sobre partos planificados en el hogar, procede de estudios de observación y éstos, a menudo, están limitados por problemas metodológicos, incluidas muestras de pequeño tamaño ⁽⁷⁻¹⁰⁾; falta de un grupo de control apropiado ⁽¹¹⁻¹⁴⁾; dependencia de certificados de nacimientos con problemas inherentes de certificación ^(2, 15); dependencia que recae sobre una sumisión voluntaria de datos o de auto-comunicación ^(7, 12, 14, 16); una limitada habilidad para distinguir con exactitud entre nacimientos planeados y no planeados en domicilio ^(15,17); variantes en la habilidad, el entrenamiento y la certificación de quien atiende el parto ^(14, 15, 18); y la inhabilidad para tener en cuenta y con exactitud, para atribuir resultados adversos relacionados con transferencias anteparto o intraparto ^(8,15,19).

Aunque algunos estudios de observación modernos sobrepasan muchas de estas limitaciones, las comunicaciones describen nacimientos planificados en domicilio con mucha regularidad e integrados a cuidados de salud provinciales, los cuales podrían no ser generalizables a las actuales prácticas en los EEUU ^(7,8 10, 11, 15, 16, 20-23). Ade-



más, no hay estudios de tamaño suficiente para la comparación de la mortalidad materna entre nacimientos planeados entre el hogar y el hospital y pocos, cuando se consideran aislados, son lo suficientemente grandes como para comparar las tasas de mortalidad perinatal y neonatal. A pesar de estas limitaciones, cuando se miran colectivamente, las comunicaciones recientes han aclarado un número de temas importantes relacionados con los resultados maternos y de los recién nacidos del parto planeado en el hogar, cuando se comparan con los nacimientos planeados en el hospital.

Wax y col., efectuaron recientemente un metanálisis de estudios de observación, comparando los recién nacidos y los resultados maternos para los nacimientos planeados en el hogar, con los nacimientos planeados en el hospital.⁽²⁴⁾ (Tabla 1) Aunque las tasas de mortalidad perinatal fueron similares entre los nacimientos planeados en el hogar y los planeados en el hospital, **los nacimientos en el hogar tuvieron un riesgo de óbito neonatal dos veces mayor. Limitada a recién nacidos no anómalos, el aumento del riesgo de muerte neonatal fue incluso más elevado –de casi 3 veces–, en los nacidos en el hogar planeados.** Estos resultados no cambiaron cuando los investigadores efectuaron análisis de sensibilidad excluyeron estudios viejos o de peor calidad. **No se comunicaron muertes maternas** entre 10.977 partos planeados a domicilio (IC 95%, 0-27.3/100.000 nacidos vivos). Cuando se comparó con los nacimientos hospitalarios, los nacimientos planeados en el hogar se relacionaron con **menos intervenciones maternas, incluyendo la analgesia epidural, la monitorización cardíaca fetal electrónica, la episiotomía, el parto operatorio vaginal y la cesárea.** Los nacimientos en domicilio están relacionados con **menos desgarros de 3º grado o de 4º grado, menos infecciones maternas y tasas similares de hemorragias post-parto, desgarros perineales, vaginales y prolapso del cordón umbilical.** Los partos a domicilio planeados tienen tasas de nacimientos previas a las 37 semanas de gestación y de bajo peso al nacer más bajas, probablemente por efecto de una selección. El riesgo comunicado de la necesidad de un transporte al hospital es de 25-37% para las nulíparas y de 4-9% para las multíparas. La mayoría de estos transporte intraparto son por falta de progreso del trabajo de parto, estado del feto riesgoso, necesidad de alivio del dolor, hipertensión, sangrado y mala posición fetal.

Tabla 1.

Resultados Maternos y Neonatales Outcomes en Parto Planeado en el Hogar vs. Partos Planeados en el Hospital.

	Parto planeado Hogar	Parto planeado Hospital	Odds Ratio	Intervalo Confianza 95%
Neonatal death—all newborns	2.0/1,000	0.9/1,000	2.0	1.2-3.3
Neonatal death—nonanomalous	1.5/1,000	0.4/1,000	2.9	1.3-6.2
Episiotomy	7.0%	10.4%	0.26	0.24-0.28
Operative Vaginal delivery	3.5%	10.2%	0.26	0.24-0.28
Cesarean delivery	5.0%	9.3%	0.42	0.39-0.45
Third- or fourth-degree laceration	1.2%	2.5%	0.38	0.33-0.45
Maternal infection	0.7%	2.6%	0.27	0.19-0.39

Femorel[®]
UNA TOMA MENSUAL

Tratamiento integral
de la Osteoporosis

Femorel[®]
max

Urufarma

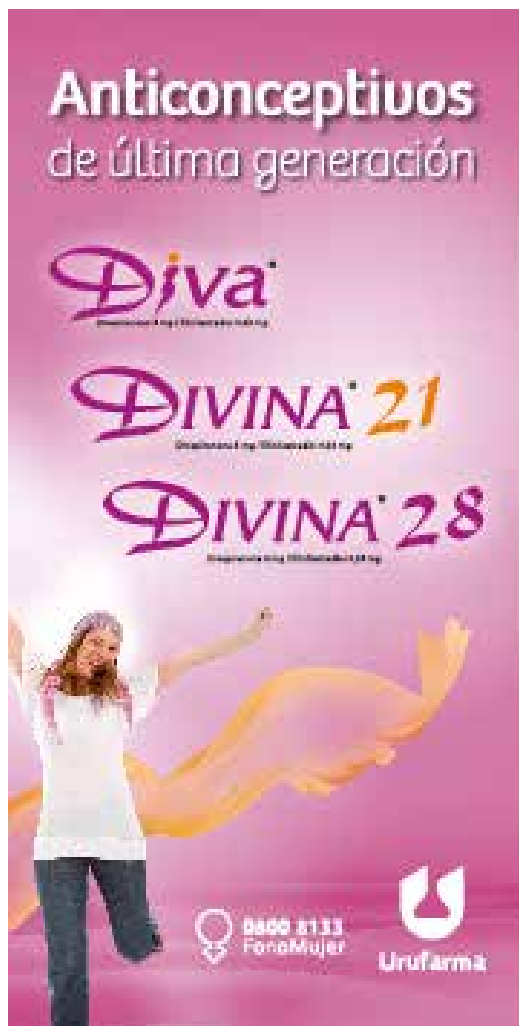
Datos de Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone DO. Resultados Maternos y de Recién Nacidos en paratos planificados en domicilio y en el hospital. Metanálisis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:243.e1-8.

Es importante observar que las comunicaciones sugieren que los nacimientos planificados en el hogar son seguros, y que involucran sólo a mujeres sanas. Recientes estudios de cohorte que comunicaron unas tasas de mortalidad perinatal más bajas en los partos planificados en el hogar eran seguros porque involucraban sólo a mujeres embarazadas sanas. Estudios de cohorte recientes que comunicaron una tasa de mortalidad más baja en el parto en domicilio **describen un estricto criterio de selección para candidatas apropiadas.** ^(21,22) Estos criterios incluyen la ausencia de cualquier enfermedad materna preexistente, feto único, presentación cefálica, edad gestacional mayor de 36 semanas y menos de 41 semanas completadas de embarazo, parto espontáneo o inducido como paciente externa y que la paciente no haya sido trasladada de otro hospital de referencia. La falta de adhesión a estos criterios (por embarazo de postérmino, gemelaridad, o presentación podálica) se relaciona claramente con un mayor riesgo de muerte perinatal. ^(23,26)

Aunque las pacientes con un parto anterior por cesárea se consideraron como candidatas para el parto en domicilio en ambos estudios canadienses, ninguna comunicación brindó detalles específicos relativos a estas pacientes que intentaron tener el parto en domicilio después de haber tenido una cesárea. Debido a los riesgos con una prueba de parto después de una cesárea y del hecho que tanto una ruptura uterina como otras complicación puede ser impredecibles, el ACOG recomienda que la prueba de parto luego de una cesárea sea efectuada donde hubiera posibilidades de un inmediato transporte, y donde se efectuará la cesárea (*equipo completo disponible*). ⁽²⁷⁾ **Para el ACOG una cesárea anterior debe considerarse como una contradicción absoluta para un parto planificado en domicilio.**

Otro factor que influye en la seguridad de un parto en domicilio es la disponibilidad segura de una transferencia intraparto a tiempo de la paciente en trabajo de parto. Las tasas relativamente bajas de mortalidad perinatal y del recién nacido comunicadas de Ontario (British Columbia) y de los Países Bajos, son de sistemas de cuidados altamente integrados con criterios establecidos y la provisión concreta del transporte de emergencia intraparto. ⁽¹²⁻¹⁴⁾ Estudios de cohorte conducidos en áreas sin tales sistemas integrados y de aquellos que reciben pacientes de hospitales lejanos con la posibilidad de un transporte retardado o prolongado, generalmente comunican tasas elevadas de óbitos intraparto o neonatales. ^(6, 9, 11, 19) El Comité de Práctica Obstétrica cree que la disponibilidad de un transporte a tiempo y del arreglo con un hospital por tal transporte, es un requerimiento necesario para poder considerar el parto a domicilio.

Una característica común de estos estudios, en los que se comunican tasas más bajas de mortalidad perinatal en Norte América, es la provisión de cuidados por parte de parteras bien integradas y certificadas por el *American Midwifery Certification Board* ^(21,22). Este certificado depende de un programa acreditado de educación con los estándares requeridos. Más del 90% de los partos a domicilio en los EEUU son atendidos por parteras. ⁽²⁸⁾ Sin embargo, sólo el 25% de los mismos son atendidos por nurses-parteras certificadas. Los restantes 75% son atendidos por otras parteras; la categoría usada por el *National Center for Health Statistics* que incluye parteras profesionales, parteras "laicas" y otras. El reconocimiento y la regulaciones de las parteras profesionales y de las "laicas" varía tremendamente de estado en estado. Actualmente, y tanto por calidad como por razones de seguridad, el ACOG no apoya la provisión de atención por parteras laicas u otros tipos que no estén certificadas por el AMERICAN MIDWIFERY CERTIFICATION BOARD.



Referencias.

1. MacDorman MF, Menacker F, Declercq E. Trends and characteristics of home and other out-of-hospital births in the United States, 1990-2006. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 58:1,14-16.
2. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:152.e1, 152.e5.
3. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. *BMJ* 1996; 313:1306-9.
4. Olsen O, Jewell D. Home versus hospital birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 3. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.
5. Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Raisler J, Macfarlane A, et al. Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? *BMJ* 1996; 312:753-7.
6. Hendrix M, Van Horck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J, et al. Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of aRCT in The Netherlands. *BJOG* 2009; 116:537,42; discussion 542-4.
7. Wiegers TA, Keirse MJ, van der Zee J, Berghs GA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. *BMJ* 1996; 313:1309-13.
8. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C, et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. *BMJ* 1996; 313:1313-8.
9. Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. Home Birth Study Steering Group. *BMJ* 1996; 313:1302-6.
10. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002; 166:315-23.
11. Woodcock HC, Read AW, Bower C, Stanley FJ, Moore DJ. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981-1987 [published erratum appears in *Midwifery* 1995; 11:99]. *Midwifery* 1994; 10:125-35.
12. Anderson RE, Murphy PA. Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. *J Nurse Midwifery* 1995; 40:483-92.
13. Murphy PA, Fullerton J. Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstet Gynecol* 1998; 92:461-70.
14. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005; 330:1416.
15. Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstet Gynecol* 2002; 100:253-9.
16. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:751-9.
17. Mori R, Dougherty M, Whittle M. An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003 [published erratum appears in *BJOG* 2008; 115:1590]. *BJOG* 2008; 115:554-9.
18. Schramm WF, Barnes DE, Bakewell JM. Neonatal mortality in Missouri home births, 1978-84. *Am J Public Health* 1987; 77:930-5.
19. Parratt J, Johnston J. Planned homebirths in Victoria, 1995-1998. *Aust J Midwifery* 2002; 15:16-25.
20. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009; 116:1177-84.
21. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician [published erratum appears in *CMAJ* 2009; 181:617]. *CMAJ* 2009; 181:377-83.

florence
Dienogest 2,00 mg
Ethinilestradiol 0,03 mg

NUEVO SIN CONCEPTO
con dienogest

Una nueva alternativa
en anticoncepción

0800 8133
FonoMujer

Urufarma

22. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth* 2009; 36:180-9.
23. Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust* 2010; 192:76-80.
24. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:243.e1, 243.e8.
25. Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home versus hospital birth—process and outcome. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:132-40.
26. Bastian H, Keirse MJ, Lancaster PA. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMJ* 1998; 317:384-8.
27. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2010;116:450-63.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Data access: VitalStats. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/vitalstats.htm>. Retrieved October 15, 2010.

R.T.