



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones farmacológicas y mecánicas para la inducción del trabajo de parto en el ámbito ambulatorio (Revisión)

Vogel JP, Osoti AO, Kelly AJ, Livio S, Norman JE, Alfirevic Z

Vogel JP, Osoti AO, Kelly AJ, Livio S, Norman JE, Alfirevic Z.
Pharmacological and mechanical interventions for labour induction in outpatient settings
(Intervenciones farmacológicas y mecánicas para la inducción del trabajo de parto en el ámbito ambulatorio).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD007701.
DOI: [10.1002/14651858.CD007701.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007701.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

**Intervenciones farmacológicas y mecánicas para la inducción del trabajo de parto en el ámbito ambulatorio
(Revisión)**

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Intervenciones farmacológicas y mecánicas para la inducción del trabajo de parto en el ámbito ambulatorio

Joshua P Vogel¹, Alfred O Osoti², Anthony J Kelly³, Stefania Livio⁴, Jane E Norman⁵, Zarko Alfirevic⁶

¹UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland. ²Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Nairobi, Nairobi, Kenya. ³Department of Obstetrics and Gynaecology, Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust, Brighton, UK. ⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Milan, Children's Hospital "V. Buzzi", Milano, Italy. ⁵MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh Queen's Medical Research Centre, Edinburgh, UK. ⁶Department of Women's and Children's Health, The University of Liverpool, Liverpool, UK

Contacto: Zarko Alfirevic, Department of Women's and Children's Health, The University of Liverpool, First Floor, Liverpool Women's NHS Foundation Trust, Crown Street, Liverpool, L8 7SS, UK. zarko@liverpool.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 9, 2017.

Referencia: Vogel JP, Osoti AO, Kelly AJ, Livio S, Norman JE, Alfirevic Z. Pharmacological and mechanical interventions for labour induction in outpatient settings (Intervenciones farmacológicas y mecánicas para la inducción del trabajo de parto en el ámbito ambulatorio). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.: CD007701. DOI: [10.1002/14651858.CD007701.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007701.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La inducción del trabajo de parto se realiza para varias indicaciones y se utilizan diferentes métodos. En el caso de las mujeres con bajo riesgo de complicaciones en el embarazo, algunos métodos de inducción del trabajo de parto o de maduración del cuello uterino pueden ser adecuados para su uso en entornos ambulatorios.

Objetivos

Examinar las intervenciones farmacológicas y mecánicas para inducir el trabajo de parto en el ámbito ambulatorio en cuanto a la factibilidad, la efectividad, la satisfacción materna, los costes de la asistencia sanitaria y, cuando se disponga de información, la seguridad.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (30 de noviembre 2016) y en las listas de referencias de los estudios encontrados.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados que examinaron la maduración cervical o la inducción del trabajo de parto en ámbitos ambulatorios con agentes farmacológicos o métodos mecánicos. Los ensayos grupales fueron elegibles para inclusión.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente evaluaron los ensayos para la inclusión y el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y verificaron su exactitud. La evidencia se evaluó mediante los criterios GRADE.

Resultados principales

Esta revisión actualizada incluyó 34 estudios de 11 métodos diferentes para la inducción del trabajo de parto con 5003 mujeres asignadas al azar, en los que las mujeres recibieron tratamiento en el domicilio o se las envió a casa después del tratamiento y la monitorización iniciales en el hospital.

Los estudios examinaron la prostaglandina vaginal e intracervical E₂ (PGE₂), el misoprostol vaginal y oral, el mononitrato de isosorbida, la mifepristona, los estrógenos, la amniotomía y la acupuntura, en comparación con placebo, ningún tratamiento o la atención habitual. Los ensayos generalmente reclutaron mujeres sanas con un embarazo a término. El riesgo de sesgo fue en su mayor parte bajo o incierto; sin embargo, en 16 ensayos el cegamiento fue incierto o no se intentó. En general, hubo datos limitados disponibles sobre los resultados principales y adicionales de la revisión. La evidencia se calificó como de calidad baja a moderada.

1. Vaginal PGE₂ versus tratamiento expectante o placebo (cinco estudios)

Menos mujeres del grupo de PGE₂ vaginal necesitaron agentes de inducción adicionales para inducir el trabajo de parto; sin embargo, los intervalos de confianza fueron amplios (riesgo relativo [RR] 0,52, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,27 a 0,99; 150 mujeres; dos ensayos). No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a la hiperestimulación uterina (con o sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal [FCF]) (RR 3,76; IC del 95%: 0,64 a 22,24; 244 mujeres; cuatro estudios; *evidencia de calidad baja*), la cesárea (RR 0,80; IC del 95%: 0,49 a 1,31; 288 mujeres; cuatro estudios; *evidencia de calidad baja*), o el ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (RR 0,32; IC del 95%: 0,10 a 1,03; 230 recién nacidos; tres estudios; *evidencia de calidad baja*).

No hubo información sobre el parto vaginal en 24, 48 o 72 horas, la duración de la estancia hospitalaria, el uso de los servicios de emergencia o la satisfacción de la madre o el cuidador. No se informó sobre casos de morbilidad grave o muertes maternas y neonatales.

2. PGE₂ intracervical versus tratamiento expectante o placebo (siete estudios)

No hubo una diferencia clara entre las mujeres que recibieron PGE₂ intracervical y ningún tratamiento o placebo en cuanto a la necesidad de agentes de inducción adicionales (RR 0,98; IC del 95%: 0,74 a 1,32; 445 mujeres; tres estudios), el parto vaginal no logrado en las 48 a 72 horas (RR 0,83; IC del 95%: 0,68 a 1,02; 43 mujeres; un estudio; *evidencia de calidad baja*), hiperestimulación uterina (con cambios en la FCF) (RR 2,66; IC del 95%: 0,63 a 11,25; 488 mujeres; cuatro estudios; *evidencia de calidad baja*), la cesárea (RR 0,90; IC del 95%: 0,72 a 1,12; 674 mujeres; siete estudios; *evidencia de calidad moderada*), o recién nacidos ingresados en la UCIN (RR 1,61; IC del 95%: 0,43 a 6,05; 215 recién nacidos; tres estudios; *evidencia de calidad baja*). No hubo roturas uterinas en el grupo de PGE₂ ni en el grupo placebo.

No hubo información disponible sobre el parto vaginal no logrado en 24 horas, la duración de la estancia hospitalaria, el uso de los servicios de emergencia, la satisfacción de la madre o del cuidador, o la morbilidad grave o la morbilidad neonatal o la muerte perinatal.

3. Misoprostol vaginal versus placebo (cuatro estudios)

Un pequeño estudio informó sobre la tasa de mortalidad perinatal, sin diferencias claras entre los grupos; no hubo muertes en el grupo de tratamiento en comparación con un mortinato (no se informó la razón) en el grupo control (RR 0,34; IC del 95%: 0,01 a 8,14; 77 recién nacidos; un estudio; *evidencia de calidad baja*).

No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a las tasas de hiperestimulación uterina con cambios en la FCF (RR 1,97; IC del 95%: 0,43 a 9,00; 265 mujeres; tres estudios; *evidencia de calidad baja*), la cesárea (RR 0,94; IC del 95%: 0,61 a 1,46; 325 mujeres; cuatro estudios; *evidencia de calidad baja*) y los recién nacidos ingresados en la UCIN (RR 0,89; IC del 95%: 0,54 a 1,47; 325 recién nacidos; cuatro estudios; *evidencia de calidad baja*).

No hubo información disponible sobre el parto vaginal no logrado en 24, 48 o 72 horas, los agentes de inducción adicionales necesarios, la duración de la estancia hospitalaria, el uso de los servicios de emergencia, la satisfacción de la madre o del cuidador, morbilidad materna o neonatal graves, o mortalidad materna o neonatal.

No se encontraron diferencias sustanciales en otras comparaciones. Un estudio pequeño determinó que las mujeres que recibieron misoprostol oral tuvieron más probabilidades de dar a luz en las 24 horas (RR 0,65; IC del 95%: 0,48 a 0,86; 87 mujeres; un estudio) y tuvieron menos probabilidades de requerir agentes de inducción adicionales (RR 0,60; IC del 95%: 0,37 a 0,97; 127 mujeres; dos estudios). Las mujeres que recibieron mifepristona también tuvieron menos probabilidades de requerir agentes de inducción adicionales (RR promedio 0,59; IC del 95%: 0,37 a 0,95; 311 mujeres; cuatro estudios; I² = 74%); sin embargo, este resultado se debe interpretar con cautela debido a la gran heterogeneidad. Se incluyó un ensayo de acupuntura y otro de amniotomía ambulatoria, pero se informaron pocos resultados de la revisión.

Conclusiones de los autores

La inducción del trabajo de parto en entornos ambulatorios parece factible y los eventos adversos importantes parecen poco frecuentes; sin embargo, en general no hay evidencia suficiente para detectar diferencias. No hubo evidencia sólida de que los agentes administrados para inducir el trabajo de parto ambulatorio tuvieran una repercusión (positiva o negativa) sobre la salud materna o neonatal. Hubo alguna

evidencia de que, en comparación con placebo o ningún tratamiento, los agentes de inducción redujeron la necesidad de intervenciones adicionales para inducir el trabajo de parto y acortaron el intervalo desde la intervención hasta el parto.

No existe evidencia suficiente para conocer qué métodos de inducción son los preferidos por las mujeres, o qué intervenciones son las más efectivas y seguras en el ámbito ambulatorio, o cuál es su coste efectividad. Se necesitan más estudios en los que se comparen de manera directa varios protocolos ambulatorios favorables a la mujer. Como parte de dicho trabajo, se les debe consultar a las mujeres sobre el tipo de tratamiento que preferirían.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Fármacos e intervenciones mecánicas para la inducción del trabajo de parto en entornos ambulatorios

¿Cuál es el problema?

La inducción del trabajo de parto (iniciar el trabajo de parto artificialmente) suele ser necesaria por razones médicas, como cuando las mujeres han pasado la fecha de parto. Se pueden utilizar diferentes métodos de inducción como medicamentos (como la prostaglandina E₂, el misoprostol o el mononitrato de isosorbida) o la rotura de las membranas. Las inducciones se suelen realizar en el hospital; algunos métodos pueden ser adecuados para su administración a mujeres tratadas como pacientes ambulatorias, y se les permite ir a casa para esperar a que el trabajo de parto progrese. Se examinó la factibilidad, la efectividad y la seguridad de la inducción ambulatoria, así como la satisfacción de las mujeres y los costes de la atención médica.

¿Por qué es esto importante?

A las embarazadas que han llegado a la fecha prevista se les evaluar en el hospital como pacientes ambulatorias, con un tratamiento de inducción seguido de un seguimiento durante un breve período de tiempo, y luego enviarlas a casa. Alternativamente, se les proporciona el fármaco o el tratamiento para que lo tomen en su domicilio. Las mujeres se pueden sentir más cómodas si esperan que el trabajo de parto comience en su domicilio, y la atención ambulatoria puede ser menos costosa para los servicios sanitarios.

¿Qué evidencia se encontró?

Esta es una revisión actualizada que incluye seis estudios nuevos. Se incluyeron 34 ensayos controlados aleatorizados con 5003 embarazadas (fecha de la búsqueda: noviembre de 2016). Las mujeres estaban sanas y tenían bajo riesgo de complicaciones. Se les realizó la inducción, un tratamiento simulado (placebo) o ningún tratamiento. Hubo información limitada disponible sobre los resultados de interés, y el riesgo de sesgo generalmente fue bajo o incierto. Se consideró que la calidad de la evidencia fue baja, con unos pocos hallazgos de calidad moderada.

Las mujeres a término a las que se les indujo de manera ambulatoria pueden tener menos probabilidades de necesitar una inducción adicional, en comparación con las mujeres que recibieron placebo o ningún tratamiento. Medicamentos como la PGE₂ vaginal, la mifepristona y el misoprostol oral parecen ser efectivos. No se informaron diferencias claras en cuanto a la actividad excesiva del útero (hiperestimulación), la cesárea o la necesidad de cuidados intensivos neonatales.

Hubo muy pocas mujeres en estos ensayos para determinar las diferencias en eventos poco frecuentes como las muertes de los recién nacidos o enfermedades graves de las madres o los recién nacidos. Los ensayos no informaron sobre el uso de los servicios de emergencia para regresar al hospital. Algunos medicamentos causaron efectos secundarios (como dolores de cabeza). En general hubo poca información sobre los costes de los diferentes métodos.

¿Qué significa esto?

En el caso de las embarazadas sanas y de bajo riesgo a término, parece factible la inducción ambulatoria y la posibilidad de que las mujeres regresen a casa para esperar el inicio del trabajo de parto. Los tratamientos de inducción ambulatorios pueden reducir la necesidad de más medicamentos y el tiempo que transcurre desde el tratamiento hasta el parto. No parece aumentar la probabilidad de necesitar otras intervenciones durante el trabajo de parto. Sin embargo, no hay evidencia suficiente para determinar de manera definitiva si la inducción ambulatoria es segura. Los estudios de investigación futuros se deberían centrar en los métodos que prefieren las mujeres y que son más efectivos y seguros.