



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Parto temprano programado versus manejo expectante para los trastornos hipertensivos de la semana 34 del embarazo al término (Revisión)

Cluver C, Novikova N, Koopmans CM, West HM

Cluver C, Novikova N, Koopmans CM, West HM.

Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term (Parto temprano programado versus manejo expectante para los trastornos hipertensivos de la semana 34 del embarazo al término).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD009273.

DOI: [10.1002/14651858.CD009273.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009273.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Parto temprano programado versus manejo expectante para los trastornos hipertensivos de la semana 34 del embarazo al término (Revisión)

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

WILEY

[Revisión de intervención]

Parto temprano programado versus manejo expectante para los trastornos hipertensivos de la semana 34 del embarazo al término

Catherine Cluver¹, Natalia Novikova², Corine M Koopmans³, Helen M West⁴

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University and Tygerberg Hospital, Tygerberg, South Africa. ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University and Tygerberg Hospital, Cape Town, South Africa. ³Department of Obstetrics and Gynaecology, University Medical Centre Groningen, Groningen, Netherlands. ⁴Institute of Psychology, Health and Society, The University of Liverpool, Liverpool, UK

Contacto: Catherine Cluver, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University and Tygerberg Hospital, PO Box 19063, Tygerberg, Western Cape, 7505, South Africa. cathycluver@hotmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 1, 2017.

Referencia: Cluver C, Novikova N, Koopmans CM, West HM. Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term (Parto temprano programado versus manejo expectante para los trastornos hipertensivos de la semana 34 del embarazo al término). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD009273. DOI: [10.1002/14651858.CD009273.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009273.pub2).

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

RESUMEN

Antecedentes

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son contribuyentes significativos a la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Estos trastornos incluyen la hipertensión crónica bien controlada, la hipertensión gestacional (hipertensión inducida por el embarazo) y la preeclampsia leve. El tratamiento definitivo de estos trastornos es el parto temprano planificado y la opción es seguir el embarazo de forma expectante si no existe hipertensión no controlada grave, con monitorización estrecha materna y fetal. Hay efectos beneficiosos y riesgos asociados con ambos, de manera que es importante establecer la opción más segura.

Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y los riesgos de una política de parto temprano planificado versus una política de manejo expectante en las embarazadas con trastornos hipertensivos, a término o cerca del término (desde las 34 semanas en adelante).

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (12 enero 2016) y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Ensayos aleatorios de una política de parto temprano planificado (por inducción del trabajo de parto o por cesárea) en comparación con una política de parto retardado ("manejo expectante") en las embarazadas con trastornos hipertensivos a partir de las 34 semanas de gestación. Los ensayos asignados al azar de forma grupal habrían sido elegibles para inclusión en esta revisión, pero no se encontraron.

Los estudios que utilizaron un diseño cruzado no se consideraron elegibles para inclusión en esta revisión. De igual manera, los estudios con un diseño cruzado no son elegibles para inclusión porque no son un diseño de estudio apropiado para la investigación de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente la elegibilidad y los riesgos de sesgos. Dos autores de la revisión extrajeron los datos de forma independiente. Se verificó la exactitud de los datos.

Resultados principales

En esta revisión se incluyeron cinco estudios con 1819 mujeres.

Hubo un riesgo menor de **mortalidad materna y morbilidad grave compuestas** en las pacientes asignadas al azar a recibir parto temprano planificado (cociente de riesgos [CR] 0,69; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,57 a 0,83; dos estudios, 1459 mujeres [*pruebas de alta calidad*]). No hubo diferencias claras entre los subgrupos sobre la base del análisis de subgrupos por edad gestacional, semana de embarazo ni afección. El parto temprano planificado se asoció con un riesgo menor de **síndrome HELLP** (CR 0,40; IC del 95%: 0,17 a 0,93; 1628 mujeres; tres estudios) y **insuficiencia renal grave** (CR 0,36; IC del 95%: 0,14 a 0,92; 100 mujeres, un estudio).

No hubo información suficiente para establecer conclusiones acerca de los efectos sobre **mortalidad infantil y morbilidad grave compuestas**. Se observó un nivel alto de heterogeneidad entre los dos estudios en este análisis (dos estudios, 1459 lactantes, $I^2 = 87\%$, $\text{Tau}^2 = 0,98$), por lo que no se agruparon los datos en un metanálisis. No hubo diferencias claras entre los subgrupos sobre la base del análisis de subgrupos por edad gestacional, semana de embarazo ni afección. El parto temprano planificado se asoció con niveles más altos de **síndrome de dificultad respiratoria** (CR 2,24; IC del 95%: 1,20 a 4,18; tres estudios, 1511 lactantes) e **ingreso a la UCIN** (CR 1,65; IC del 95%: 1,13 a 2,40; cuatro estudios, 1585 lactantes).

No hubo diferencias claras entre los grupos en la **cesárea** (CR 0,91; IC del 95%: 0,78 a 1,07; 1728 mujeres, cuatro estudios, *pruebas de calidad moderada*), ni en la **duración de la estancia hospitalaria** de la madre después del parto (diferencia de medias [DM] -0,16 días; IC del 95%: -0,46 a 0,15; dos estudios, 925 mujeres, *pruebas de calidad moderada*) ni del recién nacido (DM -0,20 días; IC del 95%: -0,57 a 0,17; un estudio, 756 lactantes, *pruebas de calidad moderada*).

Dos ensayos grandes bien diseñados y con riesgo general de sesgo bajo contribuyeron con la mayoría de las pruebas. Otros estudios presentaban un riesgo de sesgo bajo o incierto. Ningún estudio intentó realizar el cegamiento de las participantes ni de los médicos a la asignación a los grupos, lo que potencialmente introdujo sesgo ya que las pacientes y el personal habrían estado al tanto de la intervención y pudiera haber afectado aspectos de la atención y la toma de decisiones.

El nivel de las pruebas se consideró alto (mortalidad y morbilidad materna compuestas), moderado (cesárea, duración de la estancia hospitalaria de la madre después del parto y duración de la estancia hospitalaria del recién nacido después del parto) o bajo (mortalidad y morbilidad infantil compuestas). Cuando la calidad de las pruebas se disminuyó se debió principalmente a que los intervalos de confianza fueron amplios y cruzaron la línea de ningún efecto y de efectos beneficiosos o perjudiciales significativos.

Conclusiones de los autores

En las pacientes que presentan trastornos hipertensivos del embarazo después de las 34 semanas, el parto temprano planificado se asocia con menos morbilidad y mortalidad materna compuestas. No hay diferencias claras en el resultado compuesto de mortalidad infantil y morbilidad grave; sin embargo, este resultado se basa en datos limitados (de dos ensayos) que evaluaron todos los trastornos hipertensivos como un grupo.

Se necesitan estudios adicionales para considerar los diferentes tipos de enfermedades hipertensivas y el momento óptimo del parto en estas afecciones. Estos estudios también deben incluir resultados de morbilidad y mortalidad infantil y materna, cesárea, duración de la estancia hospitalaria de la madre después del parto y duración de la estancia hospitalaria del recién nacido después del parto.

Un metanálisis de pacientes individuales con los datos actualmente disponibles proporcionaría mayor información sobre los resultados de diferentes tipos de enfermedades hipertensivas encontradas en el embarazo.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

¿Si la madre presenta hipertensión que no es persistentemente grave después de las 34 semanas de embarazo es más seguro el parto inmediato o esperar?

¿Cuál es el problema?

Las embarazadas que presentan niveles elevados de presión arterial (hipertensión) durante el embarazo o que desarrollan preeclampsia (hipertensión con proteína en la orina u otra afectación de sistemas de órganos, o ambas) pueden desarrollar complicaciones graves. Las posibles complicaciones de la madre son el empeoramiento de la preeclampsia, el desarrollo de crisis convulsivas y eclampsia, el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento plaquetario bajo), el desprendimiento de la placenta, la insuficiencia hepática, la insuficiencia renal y la dificultad para respirar debido al líquido en los pulmones.

Generalmente el parto impide que los niveles elevados de presión arterial de la madre empeoren, pero el feto que nace prematuramente puede tener otros problemas de salud como dificultad para respirar, porque los pulmones todavía están inmaduros. La inducción del

trabajo de parto puede provocar la sobrestimulación de las contracciones y el sufrimiento fetal. La opción es esperar el parto con una vigilancia estrecha de la madre y el feto.

¿Por qué es esto importante?

Como hay efectos beneficiosos y riesgos del parto temprano planificado en comparación con la espera cuando la madre presenta niveles elevados de presión arterial al final del embarazo, se desea conocer cuál es la opción más segura. Se buscaron los ensayos clínicos que compararon el parto temprano planificado, mediante inducción del trabajo de parto o por cesárea, con una política de parto retardado.

¿Qué pruebas se encontraron?

Se buscaron pruebas el 12 de enero de 2016 y se encontraron cinco estudios aleatorios con 1819 pacientes. Dos fueron estudios grandes de alta calidad en pacientes con hipertensión gestacional, preeclampsia leve o hipertensión existente en deterioro a las 34 a 37 semanas (704 mujeres), o con hipertensión gestacional o preeclampsia leve a las 36 a 41 semanas (756 mujeres). Menos mujeres que tuvieron un parto temprano planificado presentaron resultados adversos graves (1459 mujeres, *pruebas de alta calidad*). No hubo información suficiente para establecer conclusiones acerca de los efectos sobre el número de recién nacidos que nacieron con una salud deficiente, con un nivel alto de variabilidad entre los dos estudios (1459 lactantes, *pruebas de baja calidad*). No hubo diferencias claras entre el parto temprano planificado y el parto retardado en el número de cesáreas (cuatro estudios, 1728 mujeres, *pruebas de calidad moderada*), ni en la duración de la estancia hospitalaria de la madre después del parto (dos estudios, 925 mujeres, *pruebas de calidad moderada*) (o del recién nacido [un estudio, 756 lactantes, *pruebas de calidad moderada*]). Más recién nacidos del grupo de parto temprano presentaron problemas respiratorios (síndrome de dificultad respiratoria, tres estudios, 1511 lactantes) o ingresaron a la unidad neonatal (cuatro estudios, 1585 lactantes). Menos pacientes del grupo de parto temprano desarrollaron síndrome HELLP (tres estudios, 1628 mujeres) o problemas renales graves (un estudio, 100 mujeres).

Dos estudios compararon pacientes a las que se les indujo el trabajo de parto a las 34 a 36 semanas y a las 34 a 37 semanas con un grupo de comparación que se vigiló hasta las 37 semanas, cuando se inició la inducción si el trabajo de parto no había comenzado espontáneamente. Tres estudios compararon la inducción del trabajo de parto al término o más cerca del término, a las 37 semanas completas y a las 36 a 41 semanas, con pacientes que se vigilaron hasta las 41 semanas cuando se inició la inducción si el trabajo de parto no había comenzado espontáneamente. Otros criterios de inclusión y exclusión también difirieron entre los cinco estudios.

Ningún estudio intentó cegar a las pacientes ni a los médicos con respecto al grupo en el que se incluyeron. Las pacientes y el personal estaban al tanto de la intervención, lo que puede haber afectado aspectos de la atención y la toma de decisiones. La mayoría de las pruebas fueron de calidad moderada, de manera que es posible tener una seguridad moderada acerca de los resultados.

¿Qué quiere decir esto?

En general, si la paciente tuviera el parto inmediatamente después de las 34 semanas, hubiera menos riesgo de una complicación de la madre y ninguna diferencia clara en la tasa general de complicaciones del recién nacido, pero la información fue limitada.

Estos resultados son aplicables a la práctica obstétrica general donde los trastornos hipertensivos durante el embarazo se consideran juntos. Se necesitan estudios adicionales para considerar los diferentes tipos de trastornos hipertensivos de manera individual.