



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tocólisis aguda para la taquisístole uterina o el sufrimiento fetal presunto (Revisión)

Leathersich SJ, Vogel JP, Tran TS, Hofmeyr GJ

Leathersich SJ, Vogel JP, Tran TS, Hofmeyr GJ.
Acute tocolysis for uterine tachysystole or suspected fetal distress
(Tocólisis aguda para la taquisístole uterina o el sufrimiento fetal presunto).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD009770.
DOI: [10.1002/14651858.CD009770.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009770.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tocólisis aguda para la taquisístole uterina o el sufrimiento fetal presunto

Sebastian J Leathersich¹, Joshua P Vogel², Thach Son Tran³, G Justus Hofmeyr⁴

¹King Edward Memorial Hospital for Women, Subiaco, Australia. ²UNDP/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. ³Clinical Studies and Epidemiology, Bone Biology Division, Garvan Institute of Medical Research, Darlinghurst, Australia. ⁴Walter Sisulu University, University of the Witwatersrand, Eastern Cape Department of Health, East London, South Africa

Contacto: Sebastian J Leathersich, King Edward Memorial Hospital for Women, 374 Bagot Road, Subiaco, WA, 6008, Australia. sebastian.leathersich@health.wa.gov.au, sebastian.leathersich@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 7, 2018.

Referencia: Leathersich SJ, Vogel JP, Tran TS, Hofmeyr GJ. Acute tocolysis for uterine tachysystole or suspected fetal distress (Tocólisis aguda para la taquisístole uterina o el sufrimiento fetal presunto). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD009770. DOI: [10.1002/14651858.CD009770.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009770.pub2).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La taquisístole uterina (más de cinco contracciones por diez minutos en dos intervalos consecutivos) es frecuente durante el trabajo de parto, en particular con el uso de agentes que estimulan el trabajo de parto. La taquisístole puede reducir la oxigenación fetal al interrumpir el flujo sanguíneo materno a la placenta durante las contracciones. La reducción de las contracciones uterinas puede mejorar el flujo sanguíneo placentario, y así mejorar la oxigenación fetal. Esta revisión procuró evaluar la administración de tocolíticos para reducir o detener las contracciones uterinas para la mejoría de la condición del feto dentro del útero. Esta nueva revisión reemplaza una revisión Cochrane anterior sobre el mismo tema.

Objetivos

Evaluar los efectos del uso de la tocólisis aguda durante el trabajo de parto para la taquisístole uterina o el sufrimiento fetal presunto, o ambos, sobre los resultados fetales, maternos y neonatales.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register), [ClinicalTrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov) y en la WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (2 febrero 2018) y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios (ECA) que evaluaron la tocólisis aguda para la taquisístole uterina, el sufrimiento fetal intraparto, o ambos.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los métodos estándar previstos por Cochrane.

Resultados principales

Se incluyeron ocho estudios (734 pacientes), realizados en ámbitos hospitalarios, predominantemente en países de altos ingresos (EE. UU., Austria, Uruguay). Dos ensayos se realizaron en países de ingresos medios altos y bajos (Sudáfrica, Sri Lanka). Todos los establecimientos

hospitalarios tenían la capacidad de realizar la cesárea. En términos generales, los estudios tuvieron un bajo riesgo de sesgo, excepto por los métodos para mantener el cegamiento. Todos los ensayos administraron un agonista selectivo beta₂ (β₂)-adrenérgico en un brazo; sin embargo, el fármaco administrado varió, al igual que el comparador. Hubo información limitada disponible sobre los resultados maternos.

Agonista selectivo β₂-adrenérgico versus ningún agente tocolítico, mientras se aguarda el parto de urgencia

Hubo dos mortinatos, ambos en el grupo control ningún tocolítico (cociente de riesgos [CR] 0,23; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,01 a 4,55; dos estudios, 57 mujeres; evidencia de baja calidad). Uno presentó hidrocefalia grave y el segundo ocurrió con un parto vaginal después de esperar 55 minutos para la cesárea. La decisión del parto por cesárea fue un criterio de inclusión en ambos estudios, por lo que no es posible evaluarlo como un resultado bajo esta comparación. El trazado de la frecuencia cardíaca fetal anormal probablemente es menor con el tratamiento con tocolíticos (CR 0,28; IC del 95%: 0,08 a 0,95; dos estudios, 43 mujeres; evidencia de calidad moderada). Los efectos sobre el número de recién nacidos con una puntuación de Apgar por debajo de 7 fueron inciertos (evidencia de baja calidad).

Atosiban intravenoso (IV) versus hexoprenalina IV (un estudio, 26 mujeres)

Un lactante del grupo de hexoprenalina requirió > 24 horas en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) después de un parto con fórceps (CR 0,33; IC del 95%: 0,01 a 7,50; evidencia de baja calidad). No hubo mortalidad fetal o neonatal ni puntuaciones de Apgar por debajo de 7. Hubo un parto por cesárea en el grupo de hexoprenalina IV (CR 0,33; IC del 95%: 0,01 a 7,50; evidencia de baja calidad) y un caso de frecuencia cardíaca fetal anormal en el grupo de atosiban (CR 3,00; IC del 95%: 0,13 a 67,51; evidencia de muy baja calidad).

Fenoterol bromidato IV versus parto de urgencia (un estudio, 390 mujeres)

No se informaron datos sobre la muerte perinatal, la morbilidad grave ni la mortalidad fetal o neonatal. El fenoterol IV probablemente aumenta el riesgo de parto por cesárea (CR 1,12; IC del 95%: 1,04 a 1,22; evidencia de calidad moderada). El fenoterol puede tener poco o ningún efecto sobre el riesgo de puntuaciones de Apgar por debajo de 7 (CR 1,28; IC del 95%: 0,35 a 4,68; evidencia de baja calidad).

Hexoprenalina IV versus ningún agente tocolítico, mientras se aguarda el parto de urgencia (un estudio, 37 mujeres)

No se informaron datos sobre la muerte perinatal ni la morbilidad grave. Hubo dos muertes fetales en el grupo control ningún tocolítico (CR 0,23; IC del 95%: 0,01 a 4,55; evidencia de baja calidad). No se informó la tasa de partos por cesárea. Hubo dos recién nacidos con puntuaciones de Apgar por debajo de 7 en el grupo control y ninguno en el grupo de hexoprenalina (CR 0,24; IC del 95%: 0,01 a 4,57; 35 mujeres; evidencia de baja calidad).

Terbutalina subcutánea versus sulfato de magnesio IV (un estudio, 46 mujeres)

No se informaron datos sobre la muerte perinatal, la morbilidad grave ni la mortalidad fetal o neonatal. La decisión para la cesárea fue un criterio de inclusión, por lo que no se pudo evaluar. Los efectos sobre el trazado electrocardiográfico fetal anormal no están claros (evidencia de muy baja calidad).

Terbutalina subcutánea con continuación de infusión oxitócica versus interrupción de la infusión oxitócica sin agente tocolítico (un estudio, 28 mujeres)

No se informaron datos sobre la muerte perinatal, la morbilidad grave ni la mortalidad fetal o neonatal. Puede haber poca o ninguna diferencia en las tasas de parto por cesárea en los grupos de terbutalina subcutánea (8/15) y control (4/13) (CR 1,73; IC del 95%: 0,68 a 4,45; evidencia de baja calidad). No hubo casos de puntuaciones de Apgar por debajo de 7 ni de trazado electrocardiográfico fetal anormal.

Terbutalina subcutánea versus ningún agente tocolítico, mientras se aguarda el parto de urgencia (un estudio, 20 mujeres)

No se informaron datos sobre la muerte perinatal ni la morbilidad grave. No hubo mortalidad fetal ni neonatal. La decisión para la cesárea fue un criterio de inclusión, por lo que no se pudo evaluar. Hubo dos recién nacidos con puntuaciones de Apgar por debajo de 7 en el grupo control y ninguno en el grupo de terbutalina (CR 0,17; IC del 95%: 0,01 a 3,08; evidencia de baja calidad).

Terbutalina IV versus nitroglicerina IV (un estudio, 110 mujeres)

No se informaron datos para la muerte perinatal o la morbilidad grave ni la mortalidad fetal o neonatal. Puede haber poca o ninguna diferencia en las tasas de parto por cesárea entre los grupos de terbutalina IV (30/57) y control (29/53) (CR 0,96; IC del 95%: 0,68 a 1,36; evidencia de baja calidad). No hubo casos de puntuaciones de Apgar por debajo de 7.

Conclusiones de los autores

No hay evidencia suficiente para determinar los efectos de los tocolíticos para la taquisístole uterina o el sufrimiento fetal presunto durante el trabajo de parto. No está clara la importancia clínica de algunas de las mejorías en las medidas de bienestar fetal con los tocolíticos. Los tamaños de la muestra fueron demasiado pequeños para detectar efectos sobre la morbilidad neonatal, la mortalidad o los efectos adversos graves. La mayoría de los estudios provienen de países de ingresos altos y se realizaron en establecimientos con acceso a la

cesárea, lo que puede limitar la generalizabilidad de los resultados a ámbitos de menos recursos o a ámbitos donde la cesárea no está disponible.

Se necesitan ECA adicionales bien diseñados y con poder estadístico adecuado para evaluar los indicadores clínicamente relevantes de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Fármacos para la reducción de las contracciones durante el trabajo de parto para las contracciones excesivamente fuertes/frecuentes o para las ocasiones en las que se considera que existe sufrimiento por parte del niño que todavía no ha nacido

¿Cuál es el problema?

Las contracciones excesivamente fuertes o frecuentes pueden ocurrir en cualquier trabajo de parto, aunque son más frecuentes cuando las pacientes han recibido fármacos para iniciar o aumentar las contracciones. En algunos casos, las contracciones excesivas pueden ser un signo de complicaciones como el desprendimiento placentario o un trabajo de parto obstruido. Las contracciones excesivas pueden reducir la cantidad de oxígeno que llega al niño que todavía no ha nacido.

La "tocólisis" es el procedimiento en el cual las pacientes reciben medicación para reducir la fuerza o la frecuencia de las contracciones, o ambas. La tocólisis puede mejorar el flujo sanguíneo y, por lo tanto, mejorar el bienestar del feto. Esta revisión procuró evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de la tocólisis cuando el útero (matriz) se contrae muy rápidamente (más de cinco contracciones en dos períodos consecutivos de diez minutos) o cuando el feto muestra signos de sufrimiento durante el trabajo de parto, según lo detectado al monitorizar la frecuencia cardíaca.

Esta nueva revisión Cochrane reemplaza a una revisión Cochrane anterior con el mismo nombre.

¿Por qué es esto importante?

Los fetos que son privados del oxígeno durante el trabajo de parto pueden desarrollar problemas graves, que incluyen parálisis cerebral, daño orgánico o muerte. Cuando la monitorización fetal indica un sufrimiento fetal, se pueden tomar medidas para mejorar los niveles de oxígeno del feto. Lo anterior puede incluir la administración de fármacos tocolíticos, que puede ser particularmente importante en los ambientes de bajos recursos, donde un parto o una cesárea de urgencia pueden no estar disponibles de inmediato.

¿Qué evidencia se encontró?

Se buscó evidencia en febrero de 2018 y se encontraron ocho ensayos controlados aleatorios que incluyeron a 734 mujeres con contracciones uterinas excesivas, signos de sufrimiento fetal o ambos durante el trabajo de parto. Los ensayos examinaron diferentes grupos de comparación, lo que significa que los análisis se basaron en los datos de estudios únicos que incluyeron números escasos de pacientes. Las pacientes se asignaron al azar a recibir un fármaco tocolítico β_2 -adrenérgico o un enfoque alternativo (que incluía ningún tocolítico en espera de la cesárea, la interrupción de los fármacos que aumentan la fuerza de las contracciones o el uso de un tocolítico diferente como atosiban, sulfato de magnesio o nitroglicerina).

Se combinaron los datos de dos ensayos pequeños (57 pacientes), que compararon un fármaco tocolítico β_2 adrenérgico con ningún fármaco tocolítico. Dos fetos murieron en la matriz de la madre, ambas muertes ocurrieron en el grupo de pacientes que no recibieron un tocolítico (uno presentó hidrocefalia grave [demasiado líquido en y alrededor del cerebro] y la otra muerte ocurrió mientras la madre esperaba para ser sometida a una cesárea). El número de recién nacidos con una frecuencia cardíaca fetal anormal probablemente fue inferior en el grupo de pacientes que recibieron un tocolítico, pero los efectos sobre otras medidas del bienestar infantil no estuvieron claros.

Se encontraron muy pocos efectos secundarios graves, pero los estudios fueron demasiado pequeños para evaluar los efectos adversos poco frecuentes.

No es posible establecer conclusiones claras acerca de los efectos beneficiosos ni perjudiciales y la calidad de la evidencia fue muy baja a moderada.

¿Qué significa esto?

No hay evidencia suficiente a partir de los ensayos controlados aleatorios para determinar los efectos de la tocólisis en las pacientes con sufrimiento fetal o contracciones uterinas excesivas, ni para identificar si un tipo de fármaco tocolítico es más seguro o más efectivo que otro.

No está clara la importancia clínica de algunas de las mejoras en las medidas de bienestar fetal con los tocolíticos. En general, los tamaños de la muestra fueron demasiado pequeños para detectar efectos sobre el bienestar materno o infantil o los efectos adversos graves. La mayoría de los estudios provinieron de países de ingresos altos realizados en instalaciones de asistencia sanitaria con acceso a la cesárea, lo que puede limitar la aplicabilidad de estos resultados a ámbitos de menos recursos o a ámbitos en los que la cesárea no está disponible.

Se necesitan más estudios de alta calidad, que involucren a un gran número de mujeres. Dichos estudios se podrían centrar en la medición de resultados clínicamente relevantes para la madre y el recién nacido como la muerte de la madre, del recién nacido y otras medidas de bienestar y seguridad.