



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Evaluación y apoyo durante el trabajo de parto temprano para mejorar los resultados del parto (Revisión)

Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R

Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R.
Assessment and support during early labour for improving birth outcomes
(Evaluación y apoyo durante el trabajo de parto temprano para mejorar los resultados del parto).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011516.
DOI: [10.1002/14651858.CD011516.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Evaluación y apoyo durante el trabajo de parto temprano para mejorar los resultados del parto

Shinobu Kobayashi¹, Nobutsugu Hanada¹, Masayo Matsuzaki², Kenji Takehara¹, Erika Ota³, Hatoko Sasaki¹, Chie Nagata⁴, Rintaro Mori¹

¹Department of Health Policy, National Center for Child Health and Development, Tokyo, Japan. ²Department of Children and Women's Health, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan. ³Global Health Nursing, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Sciences, Tokyo, Japan. ⁴Department of Education for Clinical Research, National Center for Child Health and Development, Setagaya-ku, Japan

Contacto: Rintaro Mori, Department of Health Policy, National Center for Child Health and Development, 10-1, Okura 2 chome, Tokyo, Tokyo, 157-8535, Japan. rintaromori@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 8, 2017.

Referencia: Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes (Evaluación y apoyo durante el trabajo de parto temprano para mejorar los resultados del parto). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011516. DOI: [10.1002/14651858.CD011516.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2).

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

RESUMEN

Antecedentes

El progreso del trabajo de parto temprano suele ser lento y puede incluir contracciones uterinas dolorosas. Las mujeres pueden sentirse angustiadas y perder la confianza en sí mismas durante esta fase. Las intervenciones de apoyo y evaluación se han examinado en dos revisiones Cochrane anteriores. Esta revisión actualiza y reemplaza estas dos revisiones.

Objetivos

Investigar el efecto de las intervenciones de evaluación y apoyo a las mujeres durante el trabajo de parto temprano en cuanto a su duración, la tasa de intervenciones obstétricas y otros resultados 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 Group), en ClinicalTrials.gov, en la World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (31 septiembre 2016) y en listas de referencias de estudios recuperados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados y ensayos aleatorizados grupales de cualquier evaluación o intervención de apoyo en la fase latente del trabajo de parto.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente los ensayos para la inclusión, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión o la implicación de un tercer asesor. La calidad de la evidencia se evaluó mediante el enfoque GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron cinco ensayos con 10 421 embarazadas y un ensayo aleatorizado grupal con 2183 mujeres. Los ensayos se realizaron en el Reino Unido, Canadá y EE.UU. y compararon las intervenciones en el trabajo de parto temprano versus la atención habitual. Se examinaron cuatro comparaciones: evaluación temprana del trabajo de parto versus ingreso inmediato al hospital; visitas domiciliarias de parteras

versus atención habitual (selección por vía telefónica); atención por parteras estructurada y personalizada versus atención habitual y evaluación hospitalaria mediante un algoritmo para el diagnóstico del trabajo de parto versus evaluación habitual. Los ensayos tuvieron riesgo moderado de sesgo, debido principalmente a que en general no es factible cegar a las mujeres y al personal a estas intervenciones. Para los resultados importantes la evidencia se evaluó mediante los criterios GRADE; la calidad de la evidencia se disminuyó debido a las limitaciones del diseño del estudio, la imprecisión, y, cuando se realizaron metanálisis, por la inconsistencia.

Un ensayo con 209 mujeres comparó la evaluación del trabajo de parto temprano con el ingreso directo en el hospital. La duración del trabajo de parto desde el ingreso en el hospital se redujo para las mujeres del grupo de evaluación (diferencia de medias [DM] -5,20 horas, intervalo de confianza [IC] del 95%: -7,06 a -3,34; 209 mujeres, *evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras entre los grupos para la cesárea o el parto vaginal instrumental (riesgo relativo [RR] 0,72, IC del 95%: 0,30 a 1,72; *evidencia de calidad muy baja*; y, CR 0,86, IC del 95%: 0,58 a 1,26; *evidencia de calidad muy baja*, respectivamente). No se informó sobre la morbilidad materna grave. Las mujeres del grupo de evaluación inicial tuvieron una probabilidad ligeramente menor de recibir epidural u oxitocina para la estimulación del trabajo de parto (RR 0,87; IC del 95%: 0,78 a 0,98, *evidencia de calidad baja*; RR 0,57; IC del 95%: 0,37 a 0,86, respectivamente) y una mayor satisfacción con su atención (MD 16,00; IC del 95%: 7,53 a 24,47). No se produjeron partos antes del ingreso al hospital y solo un recién nacido tuvo una puntuación de Apgar baja a los cinco minutos del parto (*evidencia de calidad muy baja*). No se informó sobre la admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Tres estudios examinaron la evaluación en el hogar y el apoyo de las parteras en comparación con la selección por vía telefónica. Un ensayo informó sobre la duración del trabajo de parto; las visitas domiciliarias no tuvieron una repercusión clara, en comparación con la atención habitual (DM 0,29 horas, IC del 95%: -0,14 a 0,72; un ensayo, 3474 mujeres, *evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras en cuanto a la tasa de cesáreas (RR 1,05; IC del 95%: 0,95 a 1,17; tres ensayos, 5170 mujeres; $I^2 = 0\%$; *evidencia de calidad moderada*) o de partos vaginales instrumentales (RR promedio 0,95; IC del 95%: 0,79 a 1,15; dos ensayos, 4933 mujeres; $I^2 = 69\%$; *evidencia de calidad baja*). Un ensayo informó sobre el parto antes de la llegada al hospital; no hubo diferencias claras entre los grupos (RR 1,33; IC del 95%: 0,30 a 5,95; un ensayo, 3474 mujeres). No se identificaron diferencias claras en cuanto a la morbilidad materna grave (RR 0,93; IC del 95%: 0,61 a 1,42; un ensayo, 3474 mujeres; *evidencia de calidad baja*), ni en cuanto al uso de la epidural (RR promedio 0,95; IC del 95%: 0,87 a 1,05; tres ensayos, 5168 mujeres; $I^2 = 60\%$; *evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras en cuanto al ingreso en la UCIN (RR promedio 0,84; IC del 95%: 0,50 a 1,42; tres ensayos, 5170 lactantes; $I^2 = 71\%$; *evidencia de calidad muy baja*), ni para la puntuación de Apgar baja a los cinco minutos (RR 1,19; IC del 95%: 0,71 a 1,99; tres ensayos, 5170 lactantes; $I^2 = 0\%$; *evidencia de calidad baja*).

Un estudio (5002 mujeres) examinó la atención estructurada individualizada en el trabajo de parto temprano en comparación con la atención habitual. No se informó sobre la duración del trabajo de parto. No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a la cesárea (RR 0,93; IC del 95%: 0,84 a 1,02; 4996 mujeres, *evidencia de calidad alta*), el parto vaginal instrumental (RR 0,94; IC del 95%: 0,82 a 1,08; 4996 mujeres, *evidencia de calidad alta*), o la morbilidad materna grave (RR 1,13; IC del 95%: 0,84 a 1,52; 4996 mujeres, *evidencia de calidad moderada*). El uso de la epidural fue similar en los dos grupos (RR 1,00; IC del 95%: 0,99 a 1,01; 4.996 mujeres, *evidencia de calidad alta*). En cuanto a los resultados en los recién nacidos, no hubo diferencias claras entre los grupos (ingreso en la UCIN: RR 0,98, IC del 95%: 0,80 a 1,21; 4989 recién nacidos, *evidencia de calidad alta*; puntuación de Apgar baja a los cinco minutos: RR 1,07, IC del 95%: 0,64 a 1,79; 4989 recién nacidos, *evidencia de calidad moderada*).

Un ensayo aleatorizado grupal con 2183 mujeres examinó una herramienta de diagnóstico del trabajo de parto utilizada por las parteras, en comparación con la evaluación habitual. No hubo diferencias claras entre los grupos en la mayoría de los resultados medidos. Las intervenciones en el trabajo de parto (estimulación con oxitocina [DR 0,3; IC del 95%: -9,2 a 9,8], epidural [DR 2,1; IC del 95%: -8,0 a 12,2], parto instrumental o cesárea [parto espontáneo de vértice DR -3,2; IC del 95%: -15,1 a 8,7]) fueron similares entre los grupos después de ajustar por las diferencias iniciales entre las unidades de maternidad. Las mujeres del grupo de intervención tuvieron menos probabilidades de ingresar en el hospital en la primera presentación. No se evidenciaron otras diferencias entre los grupos en cuanto a otros resultados.

Conclusiones de los autores

La evaluación y el apoyo en el trabajo de parto temprano no tiene una repercusión clara en la tasa de cesáreas o de partos instrumentales, o de partos antes de la llegada al hospital. Sin embargo, alguna evidencia indicó que las intervenciones pueden repercutir sobre la reducción del uso de la epidural y el aumento de la satisfacción materna con la atención. La evidencia sobre el uso de la oxitocina para la estimulación del trabajo de parto fue contradictoria. La evidencia sobre la efectividad de la evaluación temprana del trabajo de parto en comparación con el ingreso inmediato fue muy limitada y se necesitan más estudios de investigación en esta área.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Evaluación y apoyo durante el trabajo de parto temprano para mejorar los resultados del parto

¿Cuál es el problema?

El progreso en el trabajo de parto temprano puede ser lento. Las mujeres identifican el inicio del trabajo de parto a partir de diversos signos, entre ellos las contracciones dolorosas y la pérdida vaginal de manchas de sangre, y pueden pedir asesoramiento a los profesionales de la salud sobre el progreso del trabajo de parto y para sentirse tranquilas. Se les puede aconsejar a las mujeres que permanezcan en casa

el mayor tiempo posible, o que sean enviadas a casa desde el hospital porque su trabajo de parto no está establecido. Sin embargo, si el progreso del trabajo de parto es más rápido de lo esperado, la demora en el ingreso puede dar lugar a un parto domiciliario no planificado.

¿Por qué es esto importante?

Las mujeres pueden sentirse ansiosas o angustiadas en los primeros momentos del trabajo de parto y perder la confianza, lo que puede retrasar el progreso y las mujeres pueden tener menos probabilidades de tener un parto normal. En esta revisión se examinó si la evaluación y la prestación de apoyo a las mujeres durante el trabajo de parto temprano afectó la duración del trabajo de parto, la necesidad de intervenciones y otros resultados.

¿Qué evidencia se encontró?

Se realizaron búsquedas en la literatura médica al 31 de abril de 2016. Se incluyeron cinco ensayos controlados aleatorizados con 10 421 mujeres de Canadá, EE.UU. y el Reino Unido, y un ensayo en el que se asignaron al azar unidades de maternidad en Escocia, Reino Unido, con 2183 mujeres. La calidad de la evidencia varió de muy baja a alta para diferentes resultados.

Un ensayo (209 mujeres) comparó la evaluación con el ingreso directo de las mujeres que llegaban al hospital. Las mujeres del grupo de evaluación tuvieron trabajos de parto más cortos en el hospital (*evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a la cesárea o el parto vaginal instrumental (es decir, fórceps o ventosa) (*evidencia de calidad muy baja*). No se informaron complicaciones. Las mujeres del grupo de evaluación tuvieron una probabilidad ligeramente menor de recibir una epidural (*evidencia de calidad baja*) o estimulación del trabajo de parto con oxitocina, y estuvieron más satisfechas con su atención. No hubo partos antes del ingreso al hospital. No se informaron ingresos a cuidados especiales neonatales.

Tres estudios examinaron el apoyo de las parteras en el hogar versus la selección por vía telefónica. Las visitas a domicilio no parecieron tener una repercusión clara sobre la duración del trabajo de parto en un ensayo (*evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a la cesárea (tres ensayos, *evidencia de calidad moderada*) o el parto vaginal instrumental (dos ensayos, *evidencia de calidad baja*). Un ensayo informó sobre el parto antes de la llegada al hospital; no hubo diferencias claras para este resultado ni para la morbilidad materna grave (*evidencia de calidad baja*), ni para el uso de epidural (tres ensayos, *evidencia de calidad baja*). No hubo diferencias claras en cuanto al ingreso del recién nacido a cuidados especiales (*evidencia de calidad muy baja*), ni en cuanto a la puntuación de Apgar baja a los cinco minutos después del parto (*evidencia de calidad baja*).

En un estudio con 5002 mujeres se comparó la atención estructurada individualizada en el trabajo de parto temprano con la atención habitual. No se informó sobre la duración del trabajo de parto. No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a la tasa de cesáreas, partos vaginales instrumentales (*evidencia de calidad alta*) o la morbilidad materna grave (*evidencia de calidad moderada*). El uso de la epidural fue similar en los dos grupos (*evidencia de calidad alta*). En cuanto a los resultados en los recién nacidos, no hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto al ingreso a cuidados especiales (*evidencia de calidad alta*) o a la puntuación de Apgar baja (*evidencia de calidad moderada*).

Un ensayo con 2183 mujeres en el que se asignaron al azar unidades de maternidad examinó criterios muy estrictos para el diagnóstico del trabajo de parto, en comparación con la evaluación habitual de las parteras. No hubo diferencias claras en las mujeres y los recién nacidos de los dos grupos para la mayoría de los resultados. Las intervenciones en el trabajo de parto (estimulación con oxitocina, epidural, parto instrumental o cesárea) fueron similares una vez que se tuvieron en cuenta las diferencias iniciales entre las unidades de maternidad. Las mujeres del grupo de intervención tuvieron menos probabilidades de ingresar en el hospital en trabajo de parto en la primera presentación. No se evidenciaron otras diferencias entre los grupos en cuanto a otros resultados.

¿Qué significa esto?

La evaluación y el apoyo en el trabajo de parto temprano no tienen una repercusión clara sobre la tasa de cesáreas o de partos vaginales instrumentales, ni sobre el hecho de que los fetos nazcan antes de llegar al hospital. Sin embargo, alguna evidencia demostró que estas intervenciones pueden tener repercusiones sobre la reducción del uso de la epidural, la necesidad de estimular el trabajo de parto con oxitocina y el aumento de la satisfacción materna. La evidencia sobre la efectividad de la evaluación temprana del trabajo de parto en comparación con el ingreso inmediato fue muy limitada y es necesario realizar más estudios de investigación al respecto.