



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)**

**Guía de manejo
Inducción del trabajo de parto**

**Alejandro Rodríguez Donado, MD., ginecoobstetra,
hospital Occidente de Kennedy**

Contenido

Introducción	5
Objetivos	5
1. Inducción del trabajo de parto	5
1.1. Historia	5
2. Indicaciones	6
3. Contraindicaciones	6
4. Métodos y protocolos de inducción	7
4.1. Mecánicos	7
4.2. Farmacológicos	8
5. Valoración de la maduración cervical	10
6. Complicaciones de la inducción	11
7. Anexo 1 Práctica de la episiotomía en el parto vaginal	13
8. Anexo 2 Manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto comparado con el expectante	19
9. Anexo 3 Apoyo de prestadores de salud a la mujer durante el parto	25
10. Bibliografía	32

Introducción

La inducción del trabajo de parto hace referencia a un conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen el cuello y provoquen la expulsión fetal después de la semana 28 de gestación. En la mayoría de los hospitales universitarios alrededor del mundo, el parto inducido representa una fracción pequeña del total de partos. El parto inducido lleva a mayor morbilidad que aquel que ocurre naturalmente. Por ello, en el momento de elegir la inducción artificial del trabajo de parto es necesario apoyarse en una clara indicación y balancear la relación riesgo-beneficio.

Objetivos

- ❖ Identificar la población apta para inducción del trabajo de parto.
- ❖ Encaminar e identificar los diferentes métodos de inducción aptos para cada paciente.
- ❖ Establecer los factores que favorecen la inducción del trabajo de parto.
- ❖ Reconocer y manejar las complicaciones concernientes a la inducción del trabajo de parto.

1. Inducción del trabajo de parto

1.1 Historia

La información acerca de la obstetricia primitiva es mínima; las imágenes de vida primitiva que han descubierto los arqueólogos, en pinturas o artefactos, fueron dejadas en cuevas por hombres. Sin embargo, la sala de partos solía estar vedada para ellos y, por tanto, constituía un misterio. Los métodos utilizados por los estadounidenses en la inducción de trabajo consistían en la pulverización de cascabeles de serpientes administradas en una posición así como el material obtenido de raeduras de uñas de oso.

John Williams, un médico de Green Bay Indian Agency, describió la páctica de un curandero que se arrodillaba ante una parturienta con una calabaza en una mano, que agitaba constantemente, y una pipa en la boca de la que obtenía humo que expulsaba hacia los genitales. No se sabe si este era un método para inducción o conducción del trabajo de parto.

Los médicos griegos, romanos y de otras sociedades contemporáneas como Hipócrates recomendaban dos métodos: estimulación del pezón, que causaría contracciones uterinas e inicio de trabajo de parto, aun usada hoy; acto de colocar a la paciente en una cama de ramas de árbol y agitarla lanzándola hacia arriba.

Se recomendaban vaciamiento de vejiga, administración de un enema con una mezcla de aceite, agua y miel, escurrimiento de varias claras de huevo en la vagina para reblandecer y relajar el cuello uterino, lubricación de la mano izquierda del médico con aceite por considerarse la más blanda de las dos, y ruptura de membranas con el dedo o escarapelo.

En 1810, el profesor James Hamilton sugirió la separación digital de las membranas del segmento inferior uterino y después su rotura por arriba de la cabeza fetal.

A principios del siglo veinte, los principales preparados para inducción de trabajo de parto fueron el cornezuelo de centeno, quinina y extractos de hipófisis.

En 1949, Deu Vigneaud sintetizó el primer agente moderno de inducción, oxitocina, aislada de manera pura de la neurohipófisis, y describió su estructura molecular (Theobald, Graham, Gange, introdujeron el método de administración intravenosa de la oxitocina, que permitió el control y prevención de contracciones prolongadas que causaban ruptura uterina).

2. Indicaciones

Estas hacen referencia al modo más conveniente de optimizar el desenlace materno-fetal en la inducción del trabajo de parto, y son:

Maternas

- ❖ Diabetes.
- ❖ Pre-eclampsia.

Fetales

- ❖ Muerte fetal (óbito).
- ❖ Malformación incompatible con la vida.
- ❖ Postérmino.
- ❖ Retardo de crecimiento intrauterino.
- ❖ Izoinmunización.

Ovulares

- ❖ Ruptura prematura de membranas. en embarazo a término.
- ❖ RPM con signos de infección.
- ❖ Corioamnionitis.

3. Contraindicaciones

Absolutas

- ❖ Sufrimiento fetal.
- ❖ Distocia de presentación.
- ❖ Feto no encajado.
- ❖ Hemorragias del tercer trimestre no controlada.
- ❖ Miomectomía.
- ❖ Cesárea corporal.
- ❖ Cx correctiva del piso pélvico.
- ❖ Ca. invasivo de cerviz.
- ❖ Tumores previos a la presentación.

Relativas

- ❖ D.C.P.
- ❖ Cesárea segmentaría anterior.

- ❖ Gran multiparidad (mayor de 5 embarazos)
- ❖ Embarazo múltiple.

4. Métodos y protocolos de inducción

Los métodos de inducción del trabajo de parto se han dividido en dos tipos principales: mecánicos y farmacológicos.

4.1 Mecánicos

Estos fueron los primeros métodos empleados para madurar el cuello uterino o inducir el trabajo de parto; los dispositivos más usados incluían varios tipos de catéteres y tiendas de laminaria que se introducían en el canal endocervical, o a través del cervix en el espacio extra-amniótico. Estos métodos no fueron del todo abandonados pero sí remplazados por las formas farmacológicas de inducción de trabajo de parto durante las décadas recientes. Las ventajas de estos métodos sobre los demás se fundamenta en la simplicidad de uso, en los bajos costos y reducción de efectos colaterales.

Dentro de los métodos mecánicos más utilizados tenemos:

- ❖ Maniobra de Hamilton. Consiste en el desprendimiento digital de las membranas ovulares de la decidua. Con el fin de lograr la liberación de prostaglandinas y la exposición de la decidua a las secreciones vaginales.
- ❖ Maniobra Krausse. Consiste en la inserción de una sonda de Foley con un balón de 40 mm, que se coloca en el canal endocervical y se llena con agua secuencialmente, a razón de 10 mm cada 30 minutos hasta llegar a 40 mm. El catéter se introduce a través del canal cervical para alcanzar el espacio extraamniótico. La tracción a veces se aplica al catéter. Además, algunos médicos inyectan solución salina o prostaglandinas en el espacio extraamniótico, en un esfuerzo para reforzar la eficacia del método.

Este método es útil en presencia de un cuello muy inmaduro, con la consiguiente administración de antibióticos de amplio espectro.

- ❖ Laminaria Japonicum. Elaborada inicialmente de algas altamente hidrófilas, actualmente es un compuesto sintético de polímero de poliacrilonitrilo. Se coloca en el canal endocervical produciendo dilatación mecánica del cervix, pero como inconveniente favorece la infección y ruptura prematura de membranas. Se recomiendan en dosis de 5 mm de Lamicel. En suma al efecto mecánico se involucra la acción de los reflejos del neuroendocrinos (el reflejo de Ferguson) puede promover el inicio del trabajo de parto (Krammer, 1995).

Se recomienda el uso de antibióticos de amplio espectro (no disponible).

Las metas de estas intervenciones son madurar el cervix mediante dilatación directa del canal o, indirectamente, aumentando la secreción de prostaglandina y/o oxitocina (Keirse, 1983). En suma, estos métodos pueden llevar al desencadenamiento del trabajo de parto.

4.2 Farmacológicos

❖ **Oxitocina.** Es la sustancia más usada. Se trata de un nonapéptido con un puente disulfuro que es el responsable de su actividad biológica de 2-3 min, producida en el núcleo supraóptico y paraventricular del hipotálamo y se almacena en la hipófisis posterior, su acción se ejerce sobre células musculares del útero y mioepiteliales de la mama, en los cuales causa contracción. Este nanopeptido durante la génesis del trabajo de parto tiene mínima importancia, pero cobra gran valor cuando este ya se ha establecido; la infusión de una dilución de oxitocina es capaz de originar contracciones uterinas de suficiente intensidad, duración y frecuencia como para lograr la maduración del cervix y la expulsión del feto.

El esquema de uso sugerido es:

1. La paciente es informada de la necesidad de la inducción, de sus riesgos y complicaciones y firma consentimiento informado.
2. Se realizan nuevamente maniobras de Leopold y un tacto vaginal, a fin de precisar presentación y puntuar el cuello según el índice de bishop. Si es < a 4, se tomará una medida adicional para madurar el cuello (uso de prostaglandinas o Prepidil) antes de iniciar la inducción.
3. Se practica venopunción en uno de los antebrazos (evitar pliegues), y se establece un acceso venoso con un catéter 16 ó 18.
4. Se procede a hidratar la paciente con 500 a 1.000 cc de cristaloides (Lactato Ringer o S.S.N.).
5. Se realiza una dilución de oxitocina equivalente a 3un (10un=1 ml) en 500 cc de cristaloides y se administra en bomba de infusión a razón de 30 cc hora para 3 mUI en un embarazo a término (los embarazos pre-término usualmente requieren de dosis mayores para responder adecuadamente a la inducción).
6. Cada 20 minutos se incrementará la dosis de 1-2 mUI/min hasta obtener contracciones de 60-90 segundo de duración, con una periodicidad de 3 en 10 minutos con intensidad adecuada. Hasta llegar a 32 mUI/min.
7. En cada incremento se registrarán los signos vitales maternos, fetales, la duración, frecuencia e intensidad de las contracciones.
8. Una vez lograda la actividad uterina deseada, se efectuará una monitoría fetal intra parto.
9. Si al alcanzar las 32 mUI/ml no se ha logrado la respuesta deseada se interrumpirá la infusión y se administrará sólo cristaloides de mantenimiento. La paciente recibirá alimento y se dejará en reposo durante 6-8 horas al cabo de las cuales se realizará la segunda inducción, que tendrá iguales características a la primera.
10. Se definirá inducción fallida: se considerará después de 24 hora continuas de inducción o 48 horas con periodo de descanso de 12 horas no ocurre actividad uterina suficiente. En estas circunstancias, se considerará llevar la paciente a cesárea.
 - Prostaglandinas:
Dinoprostona Gel x 0.5 mg (prepidil gel) análogo de PgE2, con particular actividad sobre la matriz cervical en la cual produce ruptura de las cadenas colágenas y aumenta el contenido acuoso, lo que se traduce en cambios de maduración. Se suministra comercialmente en forma de gel para aplicación en el canal endocervical. Los cambios son ostensibles a las 6 horas de aplicado y en caso necesario puede repetir-

se la dosis hasta un máximo de 1.5 mg a intervalo de 6 horas. La aplicación previa al inicio de la inducción ha mostrado mejorar significativamente el pronóstico de ésta.

Tab x 3 mg (prostin E2). Las tabletas se insertan en el fornix vaginal posterior, donde inducen cambios de maduración. Debe aplicarse previamente al inicio de la inducción. La administración de esta droga en cualquiera de sus dos presentaciones tiene como efectos colaterales la náusea, pirexia y las contracciones uterinas, fenómenos infrecuentes a las dosis usadas en la maduración cervical. Se han reportado raros casos de muerte fetal luego de la administración de dinoprostona, que han sido atribuidos al aumento del tono uterino y disminución subsecuente de la perfusión útero-placentaria. También se han descrito casos de ruptura uterina en pacientes multíparas debido a la actividad oxitóxica de este compuesto.

- *Otros compuestos:* se ha usado la administración vaginal de Valerianato de Estradiol y Relaxina con resultados equiparables a la dinoprostona (no disponibles). Mifepristone (Ru-486) Mifepristone para la inducción del trabajo de parto (Neilson JP)

La hormona del esteroide, progesterona, inhibe reducciones del útero. Antiprogestágenos (incluyendo mifepristone) se han desarrollado para oponerse a la acción de la progesterona, que a su vez tienen un papel reconocido en la determinación médica temprana o media del embarazo. Estudios en animales sugieren que la mifepristone también puede tener un papel importante en la inducción del trabajo de parto tardío.

Misoprostol:

Tab. por 200 mcg (Cytotec). Análogo de la PgE1. Medicamento diseñado como protector de la mucosa gástrica en el tratamiento del úlcus péptico. Sin embargo, debido a su actividad de maduración y oxitóxica se ha usado en obstetricia. Aunque ya existen trabajos (nacionales), en los que se valida su uso, no se considera segura, dada su dosificación difícil y su absorción incierta, lo que impide el control adecuado del efecto buscado. Se aplica en fornix posterior de la vagina y canal endocervical. Dosis que puede repetirse 4-6 horas hasta obtener el efecto buscado.

Los efectos adversos del misoprostol en el tracto digestivo y genital han incrementado respecto al uso de placebo; entre ellos están parálisis facial congénita, inducción de aborto temprano, náuseas, vomito, diarrea, dolor abdominal y asociados a prostaglandinas F2 alfa y E2 pueden inducir infarto agudo del miocardio.

Se recomienda su uso en:

- Aborto retenido
- Óbito fetal < de 30 sem.
- Manejo médico del aborto incompleto.

Vías de administración y dosis

- Oral.
- Vaginal
- Muerte fetal: 100 mcg de misoprostol intravaginal cada 12 horas.
- Trabajo de parto: 50 mcg cada 6 horas intravaginal por tres dosis.

Contraindicaciones prostaglandinas:

- Glaucoma.
- Falla renal.
- Falla hepática.
- Asma en la gestante.

Amniotomía sólo para la inducción del trabajo de parto

Amniotomía (ruptura deliberada de las membranas). Es un procedimiento simple que puede usarse exclusivamente para la inducción del trabajo de parto si las membranas son accesibles, evitando la necesidad de intervención farmacológica.

Este procedimiento se realiza vaginalmente, y por medio del mismo el médico identifica la cerviz y membranas digitalmente, introduce el instrumento por usar y agujerea las membranas. El instrumento que normalmente usó la mayoría es un gancho de plástico diseñado especialmente, pero a veces acero quirúrgico. El propio procedimiento no es doloroso debido a que no hay nervio en las membranas que pueda causar dolor, y la anestesia no se requiere; sin embargo, el examen vaginal exigió ganar acceso a la cerviz y las membranas pueden ser incómodas, y en algunos casos doloroso, particularmente si las membranas son difíciles de alcanzar.

Amniotomía puede realizarse durante el trabajo de parto para progresar en la primera fase del trabajo de parto, ayudando a evaluar el estado del líquido, y a descartar algún tipo de complicación fetal.

Riesgos potenciales

Asociados con amniotomía incluyen el prolapso del cordón si la presentación está en la parte alta en el momento del procedimiento y cuando las membranas han sido rotas, el ambiente fetal es vulnerable a infección ascendente. De hecho, agentes infecciosos pueden introducirse al tiempo de amniotomía y durante los exámenes vaginales subsecuentes.

La presencia de HIV se considera una contraindicación.

5. Valoración de la maduración cervical

Definición. La maduración cervical se refiere al cambio físico y bioquímico que sufren las fibras de colágeno y elastina del cervix, para permitir una mayor elasticidad durante el trabajo de parto. Para la valoración de la maduración cervical se utiliza el índice de BISHOP, que es un método que sirve para determinar, de manera confiable, la posibilidad de inducción de trabajo de parto y los fármacos ideales para realizarla.

Es estrictamente un índice pélvico ya que mide una variable independiente del cuello (estación).

Consta de cinco parámetros, cada uno de acuerdo con el estadio, y otorga un puntaje diferente, así:

Signo	0	1	2	3
Dilatación	Cerrado	1-2cms	3-4cms	5cms
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Estación	-3	-2	-1 a 0	+1 a +2
Posición	Posterior	Central	Anterior	
Consistencia	Dura	Media	Blanda	

Se consideran cuellos maduros o "aptos" para inducción de actividad uterina con oxitócicos aquellos con un puntaje de Bishop igual o mayor a seis.

Índices de 9 o más: 100% de seguridad, de éxito en la inducción.

Índices de 5-8 dan 5% de fracasos.

Índices de 4 dan 20% de fracaso.

Por debajo de 4 aumenta la incidencia de fracasos.

La inducción con oxitocina es ideal en cuellos uterinos con Bishop mayores de 6 y para menores de 6 es ideal utilizar análogos de las prostaglandinas.

6. Complicaciones de la inducción

Por lo general son inherentes a la farmacodinamia propia de cada medicamento y, particularmente, a la capacidad oxitócica, y son:

- **Hiperdinamia uterina:** es la más frecuente. Se establece cuando se tienen más de 4 contracciones en 10 minutos, durante el proceso de inducción de trabajo de parto. De no manejarse, puede llevar a sufrimiento fetal (dado que la perfusión del espacio intervellosa se presenta principalmente en reposo), parto precipitado, *abruptio placentae*, muerte fetal y estallido uterino. Una vez diagnosticado se suspende la infusión de oxitocina e hidratar a la paciente con 1.000 cc de cristaloides, suficiente para moderar la actividad uterina. De persistir, puede usarse un útero inhibidor como la terbutalina o sulfato de magnesio, lo cual rara vez es necesario. Debe practicarse monitoría fetal para saber si es factible continuar el parto. Luego de un periodo de una hora puede iniciarse la infusión oxitócica, a dosis menores que aquellas a las cuales se obtuvo la hiperdinamia.
- **Intoxicación hídrica.** Se debe a un efecto antidiurético, debido a su similitud estructural con la hormona antidiurética. Es una complicación rara a dosis usuales, y se manifiesta por la hiponatremia, alteración de la conciencia, agitación psicomotora, y convulsiones.
- **Sufrimiento fetal.** Secundaria a la hiperdinamia uterina, se manifiesta por desaceleraciones tardías o prolongadas. El abordaje terapéutico se hace con la suspensión de la infusión del oxitócico, En decúbito lateral y administración de oxígeno 2lts por minuto, y el uso rara vez de tocolíticos. Una vez superado debe reevaluarse la vía del parto.

- Hiperbilirrubinemia neonatal. Se han reportado casos de neonatos producto de partos inducidos; frecuentemente presentan ictericia precoz leve.
- Cesárea. La literatura reporta que es más probable la necesidad de una cesárea para terminar el parto, si la paciente ha tenido parto inducido.

7. Anexo 1

Práctica de la episiotomía en el parto vaginal

Fecha de la actualización significativa más reciente: 4 de mayo de 1999

Carroli G, Belizan J. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal (Translated Cochrane Review).

The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

Antecedentes

La episiotomía es la ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión del periné durante la última parte del segundo estadio del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se hace con tijeras o bisturí y necesita ser reparado por medio de una sutura (Thacker 1983).

Ya en 1741 un informe mencionaba la primera incisión del periné para prevenir el desgarro perineal grave (Ould 1741). En todo el mundo, los índices de episiotomías aumentaron de manera sustancial durante la primera mitad de este siglo junto con una mayor tendencia de las mujeres a dar a luz en centros hospitalarios y de los médicos a tomar parte en el proceso de los nacimientos normales sin complicaciones. Aunque la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en el planeta, se introdujo sin evidencia científica sólida de su eficacia (Lede 1996). Los índices informados sobre esta práctica en todo el mundo son de 62,5% en Estados Unidos (Thacker 1983), 30% en Europa (Mascarenhas 1992; Buekens 1985) y una proporción mayor en América latina según algunos cálculos. En Argentina la episiotomía es una intervención sistemática en los nacimientos en casi todas las nulíparas y primíparas (Lede 1991).

Los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía para la madre son los siguientes: a) Reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado (Ould 1741; Thacker 1983; Cunningham 1993); b) Preservación de la relajación muscular del piso pelviano y el periné, lo cual conduce a una mejor función sexual y a reducir el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (Aldridge 1935; Gainey 1955); c) Como es una incisión recta, limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y se cura mejor que un desgarro.

Para el recién nacido, un segundo estadio del trabajo de parto prolongado podría causar asfixia fetal, traumatismo craneal, hemorragia cerebral y retraso mental. Durante el parto es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de una distocia del hombro del feto.

Por otro lado, entre los efectos adversos hipotéticos derivados del uso habitual de la episiotomía se incluyen: a) Extensión de la episiotomía, por corte del esfínter anal o del recto, o por medio de una extensión inevitable de la incisión; b) Resultados anatómicos insatisfactorios, como colgajos, asimetrías o reducción excesiva del introito, prolapso vaginal, fístulas recto-vaginales y fístulas anales (Homsí 1994); c) Mayor pérdida de sangre y hematoma; d) Dolor y edema en la región de la episiotomía; e) Infección y apertura de la sutura (Homsí 1994); f) Disfunción sexual.

Otros aspectos importantes para tener en cuenta son los costos y recursos adicionales que pueden ser necesarios para justificar una práctica que aliente el uso de la episiotomía como práctica sistemática.

La pregunta acerca de si la episiotomía de la línea media permite conseguir mejores resultados que la mediolateral no se ha respondido de manera satisfactoria. Entre las ventajas sugeridas de la práctica de la línea media se encuentran una mejor función sexual y mejor cicatrización con un aspecto más satisfactorio de la cicatriz. Quienes no apoyan el uso de este método indican que se asocia con tasas más elevadas de extensión de la episiotomía y, en consecuencia, un mayor riesgo de traumatismo perineal grave (Shiono 1990).

El objetivo de esta revisión es evaluar la evidencia disponible acerca de los posibles beneficios, riesgos y costos derivados del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la práctica sistemática. También se evaluaron los beneficios y riesgos derivados de la episiotomía de la línea media en comparación con la mediolateral. Se considerarán las implicaciones para la práctica clínica y la necesidad de investigaciones adicionales en esta área.

Objetivos

Determinar los beneficios y los riesgos posibles del uso de la episiotomía selectiva en comparación con la práctica sistemática durante el parto. También se determinarán los efectos beneficiosos y perjudiciales de la episiotomía de la línea media en relación con la mediolateral.

Las comparaciones se estratificarán en las siguientes categorías:

1. La episiotomía restrictiva comparada con la sistemática (todas).
2. La episiotomía restrictiva en relación con la sistemática (mediolateral).
3. La episiotomía restrictiva comparada con la sistemática (línea media).
4. La episiotomía de la línea media respecto de la mediolateral.

Hipótesis

1. La indicación restrictiva comparada con el uso sistemático durante el parto no influirá en ninguno de los resultados citados en la sección "Tipos de medidas de resultado".
2. La episiotomía restrictiva de la línea media en relación con la sistemática durante el parto será similar en cualquiera de los resultados citados en la sección "Tipos de medidas de resultado".

Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

Tipos de estudios

Cualquier ensayo clínico controlado aleatorizado adecuado que planteara una o varias de las comparaciones siguientes:

1. El uso restrictivo de la episiotomía mediolateral en relación con la utilización sistemática.
2. El empleo restrictivo de la episiotomía de la línea media comparado con la práctica sistemática.
3. El uso de la episiotomía de la línea media comparado con el de la mediolateral.

Tipos de participantes

Mujeres embarazadas que tienen un parto vaginal.

Tipos de intervención

Comparación primaria: la comparación principal es el uso restrictivo de la episiotomía en relación con el sistemático.

Comparaciones secundarias.

Incluyen:

1. El uso restrictivo de la episiotomía de la línea media respecto de la utilización sistemática.
2. El uso de la episiotomía de la línea media comparado con la práctica de la mediolateral.
3. Tipos de medidas de resultado
4. Se evaluaron los resultados maternos y neonatales.

Los resultados maternos evaluados en la comparación son subanalizados según el tipo de paridad (primíparas y multíparas), e incluyen: número de episiotomías, índice de partos asistidos, traumatismo vaginal/perineal severo, traumatismo perineal severo, traumatismo perineal posterior y anterior, necesidad de sutura, pérdida de sangre estimada durante el parto, dolor perineal, uso de analgesia, dispareunia, hematoma perineal, complicaciones de la curación, dehiscencia de la herida perineal, infección perineal e incontinencia urinaria.

Las medidas del resultado neonatal son: Apgar menor de 7 al minuto y necesidad de admisión del recién nacido a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Estrategia de búsqueda para la identificación de los estudios

Ver: Grupo Cochrane de embarazo y parto estrategia de búsqueda

Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de embarazo y parto en su totalidad. Para más información ver detalles del Grupo de revisión. Los ensayos relevantes se identificaron en el Registro especializado de ensayos controlados del grupo. El término usado para realizar la búsqueda fue "episiotomy". Con esta estrategia se encontraron 214 artículos correspondientes con diferentes tipos de estudios relacionados con la episiotomía. La mayoría de los estudios se relacionan con comparaciones del uso de analgésicos para el dolor posepisiotomía, la evaluación de diferentes técnicas para la reparación perineal, la comparación de partos instrumentados y la evaluación del manejo perineal antes del parto.

Sólo hubo nueve ensayos que satisficieron los objetivos establecidos para esta revisión, pero tres de ellos se excluyeron debido a su mala calidad metodológica. En resumen, hubo seis ensayos controlados aleatorizados que contribuyeron a esta revisión.

Métodos de la revisión

Los ensayos considerados fueron evaluados por su calidad metodológica y lo adecuado de su inclusión, sin considerar sus resultados. Los datos de los ensayos incluidos se procesaron según se describe en Mulrow & Oxman (1997). En esta revisión sistemática la calidad metodológica se evalúa en las tres dimensiones descritas por Chalmers y col. (1989): con-

trol del sesgo de selección en el momento de la inclusión (la calidad de la asignación aleatoria, evaluando los métodos de generación y de encubrimiento aplicados), control del sesgo de selección después de la inclusión (en qué medida el análisis primario incluyó a cada persona incorporada en las cohortes aleatorizadas), y el control del sesgo al evaluar los resultados (el grado en el cual quienes evalúan los resultados ignoraban el grupo al que habían sido asignados los individuos analizados).

Descripción de los estudios

Véase la tabla de 'Características de los estudios incluidos'.

Calidad metodológica

En general, el método de asignación a los tratamientos es consistente, salvo en el ensayo Harrison (1984), cuyo método de asignación a los tratamientos no se describe con claridad, lo cual plantea dudas sobre la posibilidad de un sesgo de selección.

Sleep (1984); House (1986); Klein (1992); Argentine 1993 y Eltorkey (1994), informaron acerca de las asignaciones al azar y de su encubrimiento por medio de sobres opacos sellados, lo cual reduce el riesgo de sesgos de selección en el momento de la inclusión en el ensayo.

El sesgo de selección después de la inclusión se evitó en Sleep (1984); Harrison (1984); House (1986) y Eltorkey (1994), en los cuales todas las mujeres seleccionadas al azar fueron incluidas en los análisis. Sleep (1984) es un estudio de seguimiento a largo plazo que tiene una proporción de pérdidas durante el seguimiento de cerca de 33% de las participantes. Klein (1992), muestra una tasa de pérdidas durante el seguimiento entre 0,71% para los resultados primarios y 5% para los secundarios. En el ensayo de Argentine (1993), todas las mujeres aleatorizadas fueron incluidas en el análisis de resultados primarios con una pérdida de 5% en el momento del parto, 11% después del alta posnatal y 57% a los siete meses desde el parto. En todos los estudios se realizó un análisis del tipo "intención de tratar".

En el ensayo Sleep (1984), el observador que medía los resultados fue cegado a las asignaciones de los grupos de tratamiento. En el estudio Argentine (1993), sólo se ocultaron al observador los resultados de la evaluación de la cicatrización y de la morbilidad. Ninguno de los otros estudios (Harrison 1984; House 1986; Klein 1992; Eltorkey 1994) informó sobre ningún intento de enmascarar las asignaciones de los grupos de tratamiento al observador.

Resultados

El uso restrictivo de la episiotomía muestra un menor riesgo de morbilidad relevante, incluidos el traumatismo perineal posterior (riesgo relativo [RR] 0,88, intervalo de confianza [IC] 95% 0,84, 0,92), necesidad de sutura del traumatismo perineal (RR 0,74, IC 95% 0,71, 0,77) o complicaciones de la curación en un lapso de siete días (RR 0,69, IC 95% 0,56, 0,85). No se hizo evidente ninguna diferencia en cuanto a la incidencia de los resultados principales, como en el traumatismo vaginal o perineal graves, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja demostrada derivada de la práctica restrictiva es un riesgo mayor de traumatismo perineal anterior (RR 1,79, IC 95% 1,55, 2,07). Las comparaciones secundarias,

tanto para la episiotomía restrictiva respecto de la mediolateral sistemática como para la episiotomía restrictiva en relación con la de la línea media, muestran resultados similares a los de la comparación general.

No se incluyó ningún ensayo que comparara la episiotomía mediolateral con la realizada en la línea media, debido a la pobre calidad metodológica de los mismos.

Discusión

La discusión principal se centra en si debe practicarse una episiotomía por regla general. La respuesta es clara. Existe evidencia para apoyar el uso restrictivo de esta práctica comparado con su indicación sistemática. Esto es válido tanto para la comparación general, como para las comparaciones efectuadas por subgrupos que tienen en cuenta la paridad.

Sobre la base de las pruebas disponibles se recomienda la indicación restrictiva de la episiotomía.

¿Qué tipo de práctica es más beneficiosa: la de la línea media o la mediolateral? Hasta el presente, sólo hay dos ensayos publicados disponibles, dos de los cuales fueron excluidos de esta revisión. Según se describe en la tabla “Características de los estudios excluidos” su calidad metodológica es pobre, lo que hace imposible interpretar sus resultados. Por consiguiente no es factible recomendar una técnica determinada.

Basado en esta revisión sistemática Belizán y col. (comunicación personal) calcularon el dinero ahorrado con una política de episiotomía restrictiva en comparación con una política de episiotomía rutinaria en dos países de América latina. Siendo conservadores calcularon un ahorro de entre 6,50 y 12,50 dólares estadounidenses en cada parto vaginal sin episiotomía en el sector público. Esto solamente incluye los costos de los materiales de sutura. En un país como Venezuela con 574 mil nacimientos por año, de los cuales 97% se realizan en el sector público, el ahorro sería de entre 3,5 y 7 millones de dólares estadounidenses. La misma estimación hecha para Brasil arroja un ahorro de entre 15 y 30 millones de dólares estadounidenses.

Conclusiones de los revisores

Implicaciones para la práctica

Hay evidencia clara para recomendar el uso restrictivo de la episiotomía. Estos resultados son evidentes en la comparación general y se mantienen después de la estratificación según el tipo de episiotomía: restrictiva mediolateral comparada con la sistemática, o restrictiva de la línea media en relación con la sistemática. En tanto no haya evidencia adicional disponible, la elección de la técnica debe ser la que resulte más conocida para el profesional que asiste el parto.

Implicaciones para la investigación

Varias preguntas siguen sin respuesta y se necesitan ensayos adicionales para abordarlas. ¿Cuándo está indicado el uso restrictivo de la episiotomía en partos asistidos, prematuros o

de nalgas, macrosomía diagnosticada y presunción de desgarros inminentes? Existe una necesidad imperiosa de evaluar qué técnica (mediolateral o de línea media) proporciona mejores resultados.

Agradecimientos

A Jean Hay-Smith, autor de las versiones anteriores de esta revisión. A Georgina Stamp, que contribuyó como corevisor a la primera versión de la revisión Cochrane.

Potencial conflicto de interés

Guillermo Carroli y Jose Belizan son autores de uno de los estudios clínicos incluidos en esta revisión.

Nota

Para consultar las características de los estudios incluidos, se puede hacer en la Biblioteca de Salud Sexual y Reproductiva No 5 de la OPS-OMS.

8. Anexo 2

Manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto comparado con el expectante

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S

Fecha de la actualización significativa más reciente: 9 de marzo de 2000
The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

Antecedentes

El tercer estadio del trabajo de parto es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Después del nacimiento del recién nacido y de que cesan las pulsaciones del cordón umbilical, la placenta se separa de la pared uterina mediante la decidua esponjosa y se expulsa a través del canal de parto. La separación de la placenta es resultado de la hemorragia de los capilares y del efecto de las contracciones uterinas. El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con la que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación.

Existen dos enfoques radicalmente diferentes del manejo clínico del tercer estadio, a saber el manejo expectante y el activo, los que han sido objeto de estudio de varias revisiones críticas en los últimos años ([Elbourne 1995](#); [Gyte 1992](#); [Prendiville 1996](#); [Prendiville 1989](#)). El manejo expectante incluye esperar la aparición de signos de separación y permitir la expulsión espontánea de la placenta, o ayudarla por gravedad o estimulación del pezón. El manejo expectante también se conoce como conservador o fisiológico, y está muy difundido en algunos países europeos del norte y en ciertas unidades en Estados Unidos y Canadá. También es de práctica habitual en los partos domiciliarios en el mundo en desarrollo.

Por otro lado, el manejo *activo* es un proceso en el que los proveedores eligen intervenir en la expulsión de la placenta mediante el uso de los siguientes procedimientos:

1. Administración profiláctica de un oxitócico después del parto.
2. Pinzar y seccionar tempranamente el cordón.
3. Tracción controlada del cordón umbilical.

Estas intervenciones pueden implantarse de manera rutinaria y profiláctica como parte de un esfuerzo para reducir la pérdida de sangre asociada con el tercer estadio del trabajo de parto y para disminuir el riesgo de hemorragia posparto (HPP) (>500 mls) o HPP severa (>1.000 mls). El conjunto de procedimientos del manejo activo es la práctica generalizada en el Reino Unido, Australia y varios otros países.

La hemorragia es la causa más común de muertes maternas en varios países, y se ha calculado que alrededor de 25% de esta mortalidad se debe a la hemorragia posparto ([Abouzahr 1998](#)). La gran mayoría de estos decesos suceden en los países en desarrollo. Por consiguiente, la HPP es la complicación más importante del tercer estadio del trabajo

de parto. Quizá resulte sorprendente que, hasta ahora, no haya habido ningún consenso entre los clínicos en cuanto a la mejor manera de prevenir esta complicación, es decir, indicar cuál sería el manejo profiláctico óptimo habitual del tercer estadio del trabajo de parto.

Debido a estas diferencias en la práctica y la importancia de determinar qué política tiene más probabilidades de prevenir la hemorragia posparto, se han emprendido cinco ensayos aleatorizados controlados en el último decenio, los cuales se analizan en esta revisión.

Objetivos

Comparar los efectos del manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto con los del expectante sobre la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas y perinatales propias de esta etapa.

Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

Tipos de estudios

Todos los ensayos controlados aleatorizados que analicen el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto comparado con el expectante.

Tipos de participantes

Todas las mujeres que esperaban tener un parto vaginal.

Tipos de intervención

- ❖ El manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto está definido como el conjunto de intervenciones que comprende:
 - La administración profiláctica de un oxitócico durante o inmediatamente después del parto.
 - Pinzar y cortar tempranamente el cordón umbilical.
 - Tracción controlada del cordón para ayudar a la expulsión de la placenta.
- ❖ El manejo expectante del tercer estadio del trabajo de parto se define como una política de “no intervención”, en la que se aguarda la aparición de los signos de separación y se permite que la placenta salga de manera espontánea o con la ayuda de la gravedad o la estimulación de los pezones. No se emplean los componentes del manejo activo arriba descrito.

Tipos de medidas de resultado

Las complicaciones maternas y perinatales del tercer estadio del trabajo de parto incluidas en esta revisión se listan a continuación para todas las mujeres y para las embarazadas con bajo riesgo de HPP:

- HPP pérdida de sangre estimada clínicamente igual o mayor a 500 ml.
- HPP pérdida de sangre grave calculada clínicamente mayor o igual a 1.000 ml.
- Pérdida media de sangre (mls).
- Hb de la madre <9 g/dl 24-48 horas posparto.

- Transfusión de sangre.
- Tabletas de hierro durante el puerperio.
- Oxitócicos terapéuticos.
- Tercer estadio >20 minutos.
- Tercer estadio >40 minutos.
- Duración media del tercer estadio (minutos).
- Remoción manual de la placenta.
- Extracción quirúrgica posterior de restos del embarazo.
- Presión sanguínea diastólica >100 mmHg entre el nacimiento del recién nacido y el alta de la sala de parto.
- Vómito entre el nacimiento del recién nacido y el alta de la sala de parto.
- Náuseas entre el nacimiento del recién nacido y el alta de la sala de parto.
- Cefalea entre el nacimiento del recién nacido y el alta de la sala de parto.
- Dolor de la madre durante el tercer estadio del trabajo de parto.
- Inconformidad de la madre con el manejo del tercer estadio.
- HPP secundaria (después de 24 horas y antes de las 6 semanas).
- Sangrado que requirió reingreso hospitalario o antibióticos.
- Fatiga de la madre a las 6 semanas.
- Apgar <7 a los 5 minutos.
- Ingreso a la unidad de cuidados pediátricos especiales.
- Ictericia (según la definen los autores).
- Sin lactancia materna en el momento del alta hospitalaria.
- Sin lactancia materna a las 6 semanas.

Estrategia de búsqueda para la identificación de los estudios

Ver: Grupo Cochrane de embarazo y parto estrategia de búsqueda

Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de embarazo y parto en su totalidad. Ver los detalles del Grupo de revisión para obtener más información.

Asimismo, se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane de ensayos controlados, utilizando las palabras clave 'third, 3rd, active, expectant, labour/labor'.

Métodos de la revisión

Los ensayos considerados fueron evaluados por su calidad metodológica y lo adecuado de su inclusión, sin considerar sus resultados. Se solicitó información adicional a los autores de los ensayos.

Los datos de los ensayos incluidos se procesaron conforme a lo descrito en [Clarke \(1999\)](#). Los ensayos se llevaron a cabo en unidades de maternidad en el Reino Unido, Irlanda o Abu Dhabi. En los primeros cuatro, el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto es la práctica de rutina, y en el quinto ensayo, los dos tipos de manejo son habituales. Los últimos cuatro ensayos restringieron los criterios de inclusión a mujeres embarazadas con un solo feto y presentación cefálica, pero el primer estudio incluyó mujeres con embarazos múltiples y presentación de nalgas. El oxitócico utilizado en el manejo activo fue ergometrina intravenosa

en el estudio de Dublín; oxitocina intramuscular en el de Abu Dhabi, y una mezcla de oxitocina y ergometrina por vía intramuscular en los otros tres ensayos. Véase la tabla de estudios incluidos para obtener la información completa.

Calidad metodológica

Cuatro ensayos (Bristol 1988; Dublín 1990; Hinchingbrooke 1998; Abu Dhabi 1997) son de buena calidad metodológica. En los cinco la aleatorización se hizo mediante sobres opacos sellados y numerados en forma consecutiva. Aunque algunos datos presentados en el informe de los ensayos de Dublín (1990) y de Begley (1989) tienen sesgo causado por abandonos posteriores a la aleatorización, los datos que se presentan en esta revisión se basan en los grupos aleatorizados. Los datos del ensayo de Brighton (1993), también reflejan casos de abandono y hasta ahora no se ha proporcionado la información para corregir este posible sesgo. También se registró una posibilidad de sesgo de evaluación, ya que ninguno de los ensayos podría haberse “enmascarado” con facilidad, pero su efecto se redujo al mínimo, cuando era factible, al usar los índices objetivos de pérdida de sangre, así como otros indicadores clínicos.

Resultados

El manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto se asocia con reducciones significativas de resultados importantes desde el punto de vista clínico, incluidas la HPP y la HPP severa, la anemia posparto y la necesidad de transfusión durante el puerperio. También se asocia con la disminución del riesgo de prolongación del tercer estadio del trabajo de parto y con una reducción del consumo de medicamentos oxitócicos terapéuticos.

En lo que se refiere a los efectos adversos, el manejo activo produce un aumento de náusea, vómito, cefalea e hipertensión cuando se utiliza ergometrina con el oxitócico. La remoción manual de la placenta y la hemorragia posparto secundaria fueron más comunes después del manejo activo en el ensayo de Dublín, pero estos efectos no se observaron en otros estudios (en el ensayo de Brighton, con un número de casos mucho menor, sólo una mujer tuvo retención placentaria). El uso más frecuente de la remoción manual de la placenta en el ensayo de Dublín se reflejó en una proporción superior de mujeres en quienes el tercer estadio del trabajo de parto duró más de 40 minutos.

Los resultados neonatales se evaluaron en los ensayos de Bristol y Hinchingbrooke. No se detectaron diferencias clínicas importantes entre los grupos de estudio. La tasa de lactancia materna en el momento del alta hospitalaria y seis semanas después fue, sin embargo, mayor en el grupo de manejo activo.

Los análisis adicionales se concentraron en especial en el subgrupo de mujeres que presentaban bajo riesgo de hemorragia posparto, es decir, se excluyó a las embarazadas de alto riesgo del ensayo de Bristol. Las conclusiones para este subgrupo no difirieron de manera sustancial de aquellas que se obtuvieron para todas las mujeres, con excepción de que la reducción de casos de remoción manual de la placenta fue estadísticamente significativa (nivel de 5%). Sin embargo, se observó heterogeneidad considerable para este resultado entre los ensayos incluidos (ver “Resultados” arriba y “Discusión” abajo de esta sección).

Discusión

El metaanálisis de los datos disponibles de estos ensayos controlados y aleatorizados brinda una evidencia convincente de que la pérdida de sangre y el riesgo de hemorragia posparto se reducirán con el manejo activo en el tercer estadio del trabajo de parto, conclusión que se aplica a todas las mujeres e incluso a las de bajo riesgo de presentar complicaciones propias de esta etapa.

En general, estos resultados fueron bastante similares en los cuatro ensayos. La inconsistencia principal está en la necesidad de la remoción manual de la placenta. Las razones de esta diferencia no son claras. Una explicación posible sería que el oxitócico utilizado en el manejo activo fue solamente oxitocina o sintometrina (5 UI de oxitocina más 0,5 mg de ergometrina) administrada generalmente por inyección intramuscular, excepto en el ensayo de Dublín, en el que se suministró 0,5 mg de ergometrina por inyección intravenosa. La selección del oxitócico es objeto de otras revisiones ([McDonald 1998](#); [Gulmezoglu 1998](#)).

Otra incongruencia entre los ensayos de Dublín y de Bristol residió en los criterios de las mujeres sobre el dolor durante el tercer estadio del trabajo de parto. La frecuencia superior de dolor notificada en el grupo del manejo activo que se evidencia en el ensayo de Dublín quizá se debió a la presión sobre el fondo uterino efectuada por las parteras.

Cuatro de los cinco ensayos se realizaron en escenarios donde el manejo activo era y es la práctica habitual. El estudio de Hinchingsbrooke reveló que los beneficios de este manejo perduran inclusive en los casos en los que el manejo expectante formaba parte también de la práctica rutinaria.

Los manejos activo y expectante tienen definiciones que varían de acuerdo al escenario. Los ensayos de esta revisión no se diseñaron para evaluar los beneficios relativos de cada componente de estos dos tipos de manejo. Este tema se estudiará en otras revisiones.

Conclusiones de los revisores

Implicaciones para la práctica

El “manejo activo” rutinario es superior al “expectante” en función de la pérdida de sangre, la HPP y la HPP severa y otras complicaciones graves propias del tercer estadio del trabajo de parto. Cuando se usa ergometrina con el oxitócico, el manejo activo se asocia con un mayor riesgo de efectos secundarios desagradables (como náusea y vómito), e hipertensión. El manejo activo sistemático debe ser la elección en los casos de mujeres que esperan tener un parto vaginal en la maternidad de un hospital. No existe evidencia que impida recomendar este manejo para la atención de partos domiciliarios y de otros escenarios, en países industrializados.

Implicaciones para la investigación

El estudio de los componentes del manejo activo justifica la realización de ensayos controlados y aleatorizados para su evaluación.

Se necesita un ensayo controlado aleatorizado del manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto en comparación con el expectante en diferentes entornos clínicos, por ejemplo, en

la práctica domiciliaria en países en vías de desarrollo, donde el riesgo de mortalidad materna asociado con el tercer estadio del trabajo de parto es elevado.

Agradecimientos

Agradecemos a C Begley, J Rogers, J Wood, R McClandlish, S Ayers, A Truesdale por proporcionar datos que no se habían publicado.

Potencial conflicto de interés

Dos de los revisores estuvieron a cargo de dos ensayos incluidos en este documento.

Nota

Para consultar las características de los estudios incluidos, se puede consultar en la Biblioteca de salud sexual y reproductiva No 5 de la OPS-OMS.

9. Anexo 3

Apoyo de prestadores de salud a la mujer durante el parto

Fecha de la actualización más reciente: 14 de agosto de 2001

Fecha de la actualización significativa más reciente: 21 de agosto de 2001

Hodnett ED. Apoyo de prestadores de salud a la mujer durante el parto (Translated Cochrane Review).

The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software

Antecedentes

El apoyo social se conceptualiza comúnmente como un proceso que consta de tres dimensiones: consejería/información, ayuda tangible y apoyo emocional (estar presente, escuchar, dar consuelo y confianza). El apoyo social es bidireccional, es decir, se espera que dos personas ofrezcan apoyo mutuo. En muchas instancias de atención médica, el apoyo es unidireccional: una de las partes da apoyo y la otra lo recibe, por lo que aunque el término apoyo social es inadecuado, los conceptos básicos son los mismos. Estudios descriptivos de la experiencia de la mujer durante el nacimiento sugieren que la mujer en trabajo de parto agradece el asesoramiento y la información, medidas que le brinden comodidad y otras formas de ayuda tangible para ayudarla a salir adelante con el parto, así como la presencia continua de una persona comprensiva. Los estudios que se incluyen en esta reseña evaluaron los efectos del apoyo intraparto en varios resultados del nacimiento, tanto médicos como psicosociales.

Objetivos

Evaluar los efectos del apoyo intraparto continuo en las madres y sus bebés comparándolo con la atención hospitalaria usual. Un objetivo secundario fue determinar si la presencia de otras personas de apoyo durante el parto, escogidas por la mujer, influyen en la magnitud de los efectos del apoyo continuo.

Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

Tipos de estudios

Los criterios de inclusión fueron: prueba controlada que comparaba el apoyo continuo durante el parto proporcionado por un familiar, un profesional (enfermera o partera) o por una persona leiga (pagada o voluntaria) con la atención usual; asignación aleatoria a los grupos de tratamiento y de control; número de violaciones del manejo asignado insuficiente como para afectar sustancialmente los resultados; pérdidas por imposibilidad de seguimiento insuficientes como para afectar de manera importante la comparación, y datos disponibles en un formato adecuado para su análisis.

Tipos de participantes

Mujeres embarazadas, en trabajo de parto en salas hospitalarias de labor.

Tipos de intervención

Presencia y apoyo continuos de un prestador de salud. Dicho prestador de salud podía ser profesional (enfermera, partera o instructora de parteras) o sin estudios profesionales (mujer lega con capacitación especial, que podía ser una doula, amiga o pariente).

Tipos de medidas de resultado

Se consideraron muchos resultados de nacimiento diferentes, incluyendo intervenciones médicas intraparto, tipo de parto, duración del trabajo de parto, complicaciones médicas intra y posparto para la madre y el bebé, lactancia, resultados maternos psicosociales y depresión posparto.

Estrategia de búsqueda para la identificación de los estudios

Ver: Grupo Cochrane de embarazo y parto estrategia de búsqueda

Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Pregnancy and Childbirth Group (Grupo Cochrane de embarazo y parto) en su totalidad. La lista completa de revistas y registros de conferencias, como las estrategias de búsqueda de las bases de datos electrónicas que el Grupo aplicó en nombre de sus revisores, se describen en detalle en la "Sección de estrategias de búsqueda para la identificación de los estudios" de la información editorial sobre el Registro de estudios clínicos del grupo Cochrane de embarazo y parto. El Grupo realiza búsquedas periódicamente en MEDLINE, el Registro Cochrane de estudios clínicos controlados (Cochrane Controlled Trials Register) y revisa las tablas de contenido de otras 38 revistas recibidas por medio de ZETOC, un servicio de concientización electrónico.

Los estudios clínicos relevantes, que se identifican por medio de la estrategia de búsqueda del Grupo, se ingresan en el Registro especializado de estudios clínicos controlados (Specialised Register of Controlled Trials) del Grupo Cochrane. Para obtener más información, véase los detalles del Grupo de revisión.

Asimismo, se hicieron búsquedas en CENTRAL y en el Registro Cochrane de pruebas controladas (Cochrane Controlled Trials Register), en todas las ediciones de la Biblioteca Cochrane, usando los siguientes términos: apoyo durante el trabajo de parto o cerca del parto, apoyo del prestador de asistencia, doula*, parto cerca del apoyo, acompañante* cerca del trabajo de parto. Fecha de la última búsqueda: octubre de 2001.

Métodos de la revisión

Los ensayos considerados fueron evaluados por su calidad metodológica y lo adecuado de su inclusión, sin considerar sus resultados. Los datos incluidos se procesaron como se describe en [Clarke \(1999\)](#). En los casos en que fue necesario, se solicitaron datos no publicados a los autores de los estudios clínicos. Todos los análisis de datos en esta revisión se ingresaron sobre la base del principio de la intención de tratar. Se utilizó un modelo de efectos fijos. Para incluirse en las comparaciones los datos de resultados debían estar disponibles para al menos 80% de las personas aleatorizadas. En el caso de las pruebas en las que algunas participantes se habían sometido a intervenciones como analgesia y oxitocina antes del reclutamiento ([Hofmeyr 1991](#); [Gagnon 1997](#)) en las tablas de datos sólo se incluyeron las intervenciones que se llevaron a cabo después de la aleatorización.

Debido a que la intervención experimental pudo haber producido efectos diferenciales, dependiendo de si las políticas hospitalarias permitían la presencia de personas de apoyo escogidas por la mujer (e.g. esposos/compañeros, parientes (mujeres), amigas) o no, se llevaron a cabo comparaciones adicionales en las que se separaron las pruebas con escenarios que permitieron la presencia de un acompañante de aquéllas con escenarios que no la permitían.

Descripción de los estudios

Véase “Características de los estudios incluidos”.

Se incluyen en la reseña catorce pruebas en las que participaron más de 5.000 mujeres. Dichas pruebas se llevaron a cabo en Bélgica, Botswana, Canadá, Finlandia, Francia, Grecia, Guatemala, México, Sudáfrica y los Estados Unidos, bajo condiciones hospitalarias, reglamentos y rutinas muy diversos. En siete pruebas (Breart - Belgium; Breart - France; Cogan 1988; Gagnon 1997; Hemminki 1990a; Hemminki 1990b; Hodnett 1989) la política hospitalaria permitió que las mujeres fueran acompañadas durante el parto por sus esposos/compañeros u otros miembros de su familia, mientras que en las siete restantes no se permitió la presencia de personas de apoyo adicionales.

Al comparar las pruebas “con acompañante” y “sin acompañante”, se encontraron diferencias generales. Las pruebas “con acompañante” se hicieron bajo las condiciones típicas de países desarrollados (niveles relativamente elevados de parteras/enfermeras, privacidad relativa para la mujer en trabajo de parto, porcentajes elevados de intervenciones médicas), mientras que las pruebas “sin acompañante” se llevaron a cabo bajo las condiciones típicas de países en vía de desarrollo (sobrepoblación, falta de privacidad, poco personal y porcentajes bajos de intervenciones).

Mientras que el manejo experimental se describió siempre como apoyo continuo uno a uno, el momento del inicio así como la duración del apoyo variaron.

Las personas que proveyeron la intervención de apoyo variaban en cuanto a experiencia y aptitudes. En seis pruebas (Breart - Belgium; Breart - France; Breart - Greece; Gagnon 1997; Hemminki 1990a; Hemminki 1990b) las personas que ofrecieron apoyo fueron empleadas del hospital, por ejemplo, una partera, una partera en formación o una enfermera. En cinco (Hodnett 1989; Hofmeyr 1991; Kennell 1991; Klaus 1986; Sosa 1980) mujeres legas (con o sin capacitación especial) proporcionaron apoyo. En una prueba, la provisión de apoyo estuvo a cargo de una instructora de parteras (Cogan 1988), en una fue proporcionada por enfermeras retiradas (Langer 1998) y en otra más por parientes cercanas (por lo general, la madre de la mujer) (Madi 1999). Sin embargo, en todas las pruebas se observó una consistencia notable en las descripciones de la intervención experimental. En todos los casos la intervención incluía la presencia continua o casi continua de una persona de apoyo, por lo menos durante la etapa activa del trabajo de parto. Trece pruebas (con la excepción de Cogan 1988) hicieron también mención específica de contacto físico reconfortante y de palabras de aliento y elogios.

Calidad metodológica

En Langer (1998) la aleatorización se controló de manera central. En todos los estudios, con excepción de dos, se describió un método de asignación aleatoria que consistía en usar sobres opacos y sellados, numerados secuencialmente (en Sosa 1980, se hizo la aleatorización al “sacar un sobre”, mientras que en Hodnett 1989, un asistente de investigación telefoneaba a un miembro del personal del proyecto quien le proporcionaba un número aleatorio de una tabla generada por computadora). Mientras que en tres pruebas (Cogan 1988; Hemminki 1990a; Hemminki 1990b), se pidió a las participantes su consentimiento después de la asignación aleatoria, a casi todas las mujeres se les solicitó su consentimiento para participar. Muchos informes carecen de datos completos sobre los resultados de todas las mujeres que originalmente se reclutaron; cuando fue posible, se obtuvo una lista completa de datos de resultados con los investigadores principales.

Los análisis que se reportan en la prueba de Sosa (1980) se basan únicamente en 30% de las mujeres que se aleatorizaron originalmente, aunque se incluyeron datos completos sobre problemas intraparto, intervenciones y método de alumbramiento, lo que permitió llevar a cabo análisis según intención de tratamiento para estos resultados. Sólo en una prueba (Hodnett 1989) se enmascaró a las participantes con relación a la intervención experimental antes de la asignación aleatoria y a lo largo del estudio. En cinco de seis pruebas, que buscaban que las participantes evaluaran sus experiencias durante el nacimiento (Breart - Belgium; Breart - France; Kennell 1991; Hodnett 1989; Hofmeyr 1991), se hizo un esfuerzo para reducir la parcialidad de las respuestas al recurrir a un entrevistador al que se le ocultó la asignación de los grupos o a cuestionarios autoaplicables.

Resultados

El apoyo continuo redujo la probabilidad de administrar medicamentos para aliviar el dolor (razón de momios 0.71, intervalo de confianza 95% 0.2, 0.81), parto vaginal operativo (razón de momios 0.77, intervalo de confianza 95% 0.65, 0.90), cesárea (razón de momios 0.77, intervalo de confianza 95% 0.64, 0.91), y calificación Apgar a los 5 minutos <7 (razón de momios 0.50, intervalo de confianza 95% 0.28, 0.87).

En las pruebas en las que la política hospitalaria no permitía la presencia de esposos, parientes o amigas durante el parto, se asoció también el apoyo continuo con la reducción de la probabilidad de aumento de oxitocina (razón de momios 0.77, intervalo de confianza 95% 0.61, 0.98). Dos pruebas (Hofmeyr 1991; Langer 1998) encontraron que las mujeres que habían contado con apoyo continuo durante el parto tenían más probabilidades de lactancia total a las 4-6 semanas posparto (razón de momios 0.60, intervalo de confianza 95% 0.40, 0.79). Seis pruebas (Breart - Belgium; Breart - France; Hodnett 1989; Hofmeyr 1991; Kennell 1991; Langer 1998) evaluaron los efectos del apoyo desde el punto de vista de la madre respecto de cómo experimentó el nacimiento; aunque las pruebas utilizaron medidas diferentes (incluyendo satisfacción global, no manejarse bien durante el parto, encontrar que el parto fue peor de lo esperado y grado de autocontrol durante el nacimiento), los resultados de todas las pruebas favorecieron al grupo que había recibido apoyo continuo. Dos estudios clínicos (Hofmeyr 1991, Langer 1998) evaluaron la autoestima y la ansiedad

posparto. Hofmeyr (1991) informó mayores puntajes promedio de autoestima y menores puntajes promedio de ansiedad seis semanas después del parto, entre mujeres que habían contado con apoyo continuo durante el parto. La prueba de Langer (1998) fue la única que informó acerca de la ansiedad y autoestima en el posparto; no se encontraron diferencias significativas.

Los efectos sobre la duración del trabajo de parto son ligeros y de importancia clínica cuestionable (diferencia media ponderada = -0.318 horas, intervalo de confianza 95% (IC) -0.542, -0.094 horas, es decir, una diferencia de sólo 19 minutos, 95% IC 31.9, 6.0 minutos). La prueba de Langer (1998) únicamente reportó duración mediana del parto, que fue de 4.56 horas en el grupo de intervención, comparada con 5.58 horas en el grupo de control.

Pruebas individuales revelaron reducciones en: problemas durante el parto, primera etapa del parto prolongada, episiotomía, transferencia a una sala aparte para el alumbramiento y en el número de casos de trato insatisfactorio por parte del padre/partera. Los beneficios a largo plazo que encontraron estas pruebas incluyen la reducción de la depresión posparto, a las 6 semanas después del nacimiento, y en los casos en los que la madre encontró que dar a luz era difícil.

Los resultados de las pruebas son muy consistentes, aun cuando se les clasificó en dos categorías: "con acompañante" y "sin acompañante". Dicha consistencia es evidente a pesar de la disparidad en rutinas obstétricas, condiciones hospitalarias y riesgo obstétrico de las participantes, de las diferencias en políticas respecto a la presencia de personas importantes para la mujer y de la capacitación profesional de las mujeres que brindaron apoyo.

Discusión

La intervención de apoyo se ofreció bajo una gran variedad de circunstancias, por parte de diversos proveedores, quienes compartieron dos características: eran mujeres y tenían experiencia, ya fuera porque habían dado a luz o se habían capacitado para ser enfermeras, parteras, doulas o eran instructoras de parteras.

En muchos escenarios, las salas de labor operan conforme a un enfoque de atención médica orientado al riesgo y dominado por la tecnología. Es posible que una partera o enfermera que trabaje en una sala de mucha actividad, con elevadas tasas de anestesia epidural, casos de inducción de parto y cesáreas, tenga poco tiempo disponible para dar apoyo a las parturientas. Es más, lo típico es que la cantidad de personal de salas de labor sea semejante al de las salas médicas, es decir, de acuerdo a un promedio esperado de pacientes, a pesar de que la población de una sala de labor típica fluctúa mucho más, lo que da como resultado que en ocasiones sea imposible brindar apoyo continuo (Hodnett 1997).

En países industrializados cambiar el enfoque de atención a uno en el que se haga énfasis en la importancia de la presencia continua de un proveedor de apoyo experimentado requerirá en muchos casos la recapacitación del personal, así como la adopción de métodos más flexibles de asignación de personal a las salas de labor, como sería que la cantidad de personal disponible fluctuara con la población de pacientes. En países en vías de desarrollo, la preocupación por cuestiones como costo, privacidad de la mujer y aceptación cultural

sugiere que podría ser valioso adoptar políticas que permitan la presencia de mujeres legas, incluyendo parientes del sexo femenino, que acompañen a la mujer.

Conclusiones de los revisores

Implicaciones para la práctica

Dado que existen beneficios evidentes y que se desconocen riesgos asociados con el apoyo intraparto, no deberían escatimarse esfuerzos para que toda mujer en trabajo de parto reciba apoyo continuo. Dicho apoyo debería incluir presencia continua, provisión de contacto físico reconfortante y aliento.

Dependiendo de las circunstancias, asegurar la provisión de apoyo continuo puede llegar a requerir de lo siguiente:

1. Cambios en la manera actual en la que parteras y enfermeras llevan a cabo sus actividades, para que puedan dedicar menos tiempo a actividades ineficaces y más a la provisión de apoyo.
2. Programas de educación continua en los que se enseñe el arte y la ciencia del apoyo durante el parto.
3. Cambiar los métodos de asignación de personal a salas de labor por procedimientos más flexibles que permitan que la cantidad de personal se acerque más al número de pacientes.
4. Adopción de políticas hospitalarias que promuevan la presencia de mujeres legas experimentadas, incluyendo parientes del sexo femenino.

Implicaciones para la investigación

Entre las preguntas que no pudieron responderse se encuentran:

1. ¿Qué es más efectivo, el apoyo que brinda una doula o una pariente, o el que ofrece un proveedor profesional que labore en el hospital, como puede ser una enfermera o una partera? Nuestros conocimientos actuales nos impiden sacar conclusiones válidas sobre la efectividad comparativa de enfermeras, parteras o mujeres sin estudios profesionales. De cualquier manera, las características de la persona que ofrece apoyo pueden llegar a tener menor importancia que las consideraciones sobre idoneidad cultural y costo.
2. ¿Existen beneficios a un plazo mayor relacionados con la salud física y psicosocial de la madre y con la lactancia? Como se observó en la sección de “Resultados”, los resultados de pruebas individuales sugieren que así es, pero esas pruebas se hicieron con pocas participantes.
3. ¿Qué efecto tiene el apoyo durante el parto en la salud de los recién nacidos, en particular en situaciones de alto riesgo? Si el efecto sobre la calificación Apgar a los 5 minutos es real, entonces es posible que existan beneficios importantes, a largo plazo, en la salud del neonato.
4. ¿Es la política de apoyo continuo, uno a uno, efectiva en cuanto a costo? Se requiere hacer evaluaciones económicas que consideren los costos de este tipo de apoyo y los comparen con los ahorros asociados con la reducción de intervenciones médicas durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Agradecimientos

Quiero agradecer sinceramente a los investigadores que me dieron información adicional: Drs. Klaus, Kennell y McGrath.

Potencial conflicto de interés

La autora fue la investigadora principal de una de las pruebas incluidas en la reseña (Hodnett 1989) y es también la investigadora principal de una prueba que se lleva a cabo actualmente sobre la provisión de apoyo por parte de enfermeras durante el parto (Hodnett en curso).

Nota

Para consultar las características de los estudios incluidos, se puede hacer en la Biblioteca de salud sexual y reproductiva No 5 de la OPS-OMS.

10. Bibliografía

Maduración cervicouterina e inducción del trabajo de parto. Luis Sánchez Ramos MD. Director huésped University of Florida, Jacksonville. Clinics.

Misoprostol and Pregnancy. Alisa B. Goldberg MD. The New England Journal Of Medicine. Clinics.

Cochrane. Emita , 4, 2000-2002.

Inducción Trabajo de Parto. Clínicas universidad de california San Diego. Thomas R. Moore MD.

Protocolo de Hofmeyr 2000.

