

Epidural y oxitocina en gestantes de parto

En gestantes de parto a las cuales se ha administrado analgesia epidural, no se recomienda iniciar oxitocina de manera rutinaria.

Marzo 2023

- Administrar oxitocina de manera rutinaria en gestantes con epidural para prevenir el progreso lento del parto, no cambia el resultado del tipo de parto.
- Independientemente de la analgesia epidural, se precisa una confirmación de retraso en el progreso del parto para considerar el tratamiento con oxitocina.
- Un uso inapropiado de la oxitocina puede causar daños, tanto en la madre como en el bebé, y dar lugar a una cascada de intervenciones durante el parto y el nacimiento.
- En Cataluña, se estima que alrededor de 40.000 gestantes dieron a luz con analgesia epidural durante el año 2018.

¿Cuál es la práctica clínica de poco valor y por qué?

La administración de oxitocina de manera rutinaria a las gestantes de parto que reciben analgesia epidural con el objetivo de prevenir una ralentización del parto.¹⁻⁷

En mujeres con analgesia epidural, del mismo modo que en mujeres sin epidural, el tratamiento de estimulación con oxitocina se tiene que llevar a cabo cuando hay una confirmación de retraso en la dilatación.^{2,4,5} En las últimas décadas, para evitar que los partos se prolongaran, tanto en los que transcurrían de manera más lenta como en aquellos procesos fisiológicos que progresaban de manera natural, a menudo se ha hecho uso de diferentes prácticas que aceleran el proceso.²

Los expertos y expertas señalan que los beneficios de iniciar de manera inmediata oxitocina cuando hay una sospecha de progreso lento, en comparación con un inicio tardío, no superan los potenciales riesgos. Además, se reconoce que, a pesar de que las intervenciones para acelerar el parto puedan ser beneficiosas en determinados contextos, su uso inapropiado puede causar daños.²

¿Qué dice la evidencia sobre la práctica clínica de poco valor?

Una revisión sistemática con metaanálisis, que analiza el uso rutinario de oxitocina para acelerar el parto en gestantes con epidural en comparación con el placebo, incluye dos estudios que con una muestra total de 319 gestantes, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de parto.¹ Entre los ensayos incluidos, el estudio de Saunders et al.⁸ del año 1989 aleatoriza a las mujeres con dilatación completa, mientras que el estudio de Shennan et al.⁹ de 1995 las aleatoriza a los ≤ 6 cm.

Otra revisión sistemática con metaanálisis del 2018, que compara la epidural con placebo o con ningún tratamiento, concluye que no hay diferencias entre estos dos grupos en cuanto a la duración de la primera

y la segunda fase del parto, en el uso de oxitocina para acelerar el parto, ni en el número de cesáreas por sufrimiento fetal ni por distocia de parto que se realizan.¹⁰ Esta revisión es una actualización de una que ya se publicó en 2011, donde de manera contraria encontraron que las mujeres aleatorizadas en el grupo de la epidural tenían un periodo más largo de la segunda fase del parto, un aumento en el uso de la oxitocina y más partos instrumentales.¹¹

En este sentido, muchos aspectos de la analgesia epidural han ido evolucionando durante los últimos años, como las concentraciones, las dosis o el tipo de administración, entre otros. Estos cambios pueden afectar aspectos de la hemodinámica como también a la reducción del bloqueo motor inducido. Es posible que todos los factores mencionados tengan una relación directa con los nuevos resultados del metaanálisis, con la posibilidad de que se hayan comparado prácticas ahora posiblemente ya obsoletas.³

Así pues, con estos resultados, a pesar de reconocer la baja calidad de la evidencia disponible, las diferentes guías de práctica clínica consultadas coinciden en que no hay suficientes pruebas para recomendar el uso rutinario de oxitocina para acelerar el parto en gestantes con analgesia epidural.²⁻⁷ En consecuencia, no recomiendan esta práctica ni para la prevención de la ralentización del proceso de parto² ni para la reducción en la incidencia de los partos instrumentados.⁵ Además, hay evidencia de baja calidad que sugiere que la analgesia epidural puede tener un impacto muy reducido o ninguna diferencia en el hecho que la gestante acabe recibiendo oxitocina para acelerar el proceso del parto.⁶

¿Cuál es el alcance de la práctica clínica de poco valor en nuestro contexto?

De los 250.704 partos atendidos en los hospitales españoles durante el 2018, en 157.665 se administró analgesia locorregional, bien epidural o bien raquídea. Esto supone alrededor del 60 % de los partos.¹² Actualmente, no se dispone de datos sobre el número de gestantes que recibieron oxitocina para acelerar el parto con la epidural.

Si este porcentaje se cumple en Cataluña, con 63.654 partos durante el año 2018, alrededor de 38.192 mujeres habrían recibido analgesia locorregional.¹³

¿Qué eventos adversos se asocian a la práctica clínica de poco valor?

En el año 2007, el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) incluyó la oxitocina dentro de su listado de medicamentos de alto riesgo.^{14,15} Acelerar el parto con oxitocina sintética puede ocasionar una hiperestimulación uterina, con acontecimientos adversos como son la asfixia fetal o la rotura uterina y, por tanto, aumentar el riesgo de una cascada de intervenciones durante el parto y el nacimiento. Además, esta intervención clínica puede privar a las gestantes de su autonomía durante el trabajo de parto y puede afectar de manera negativa su experiencia.² El uso de oxitocina durante el parto también se ha relacionado con un mayor riesgo de hemorragia posparto.^{15,16}

¿Hay excepciones?

La guía NICE incluye que se tiene que considerar el uso de la oxitocina, en el momento de ofrecer analgesia regional, a las gestantes nulíparas cuando las contracciones al inicio de la segunda fase del parto sean inadecuadas.⁴

En conclusió

A las gestantes en trabajo de parto con analgesia epidural no se les tiene que administrar oxitocina de manera rutinaria, ni para la prevención de la ralentización del proceso del parto, ni para la reducción en la incidencia de los partos instrumentados. Independientemente de la analgesia epidural, se precisa una confirmación de retraso en el progreso del parto para considerar el tratamiento con oxitocina. Los beneficios de administrar oxitocina sin esta confirmación no superan los riesgos y su uso inadecuado puede suponer daños a la mujer o al bebé.

Con el apoyo de

- Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
- Associació Catalana de Llevadores
- Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) d'Atenció Primària

Fonts

1. Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11;2013(7):CD009241. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009241.pub3/full>
2. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva (Switzerland); WHO; 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258881/>
3. Fischer C. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 7: Epidural analgesia and use of oxytocin during spontaneous labor. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017 Jun;46(6):531-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476692/>
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. London (United Kingdom); NICE; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
5. Murphy DJ, Strachan BK, Bahl R; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth: Green-top Guideline No. 26. BJOG. 2020 Aug;127(9):e70-e112. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16092>
6. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva (Switzerland): WHO; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
7. Secretaria de Salut Pública de Catalunya. Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2020. https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf
8. Saunders NJ, Spiby H, Gilbert L, Fraser RB, Hall JM, Mutton PM, et al. Oxytocin infusion during second stage of labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomised double blind placebo controlled trial. BMJ. 1989 Dec 9;299(6713):1423-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1838287/>
9. Shennan AH, Smith R, Browne D, Edmonds DK, Morgan B. The elective use of oxytocin infusion during labour in nulliparous women using epidural analgesia: a randomised

- double-blind placebo-controlled trial. Int J Obstet Anesth. 1995 Apr;4(2):78-81.
[https://www.obstetanesesthesia.com/article/0959-289X\(95\)82996-N/pdf](https://www.obstetanesesthesia.com/article/0959-289X(95)82996-N/pdf)
10. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 21;5(5):CD000331.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.p>
 11. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD000331.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub3/full>
 12. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Madrid: Gobierno de España; 2021.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
 13. Vidal M, Jané-Checa M, Tomás Z, Maresma M, Rosell M. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2018. Informe Complet. Barcelona: Departament de Salut.
 - Generalitat de Catalunya; 2020.
<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4647>
 14. ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings. Plymouth Meeting, PA (EUA): Institute for Safe Medication Practices (ISMP); 2018.
<https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>
 15. Writing group; Nunes I, Dupont C, Timonen S. European Guidelines on Perinatal Care - Oxytocin for induction and augmentation of labor[Formula: see text]. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022 Dec;35(25):7166-72.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34470113/>
 16. Rousseau A, Burguet A. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 5: Maternal risk and adverse effects of using oxytocin augmentation during spontaneous labor. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017 Jun;46(6):509-21.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28473291/>

Enlaces de interés

- Zhang L, Hua F, Du X, YingZhang J. Efficacy of epidural analgesia with ropivacaine on labor, maternal, and neonatal: A meta-analysis of prospective and retrospective studies. Int J Clin Exp Med. 2016;9:7896–907.
<https://e-century.us/files/ijcem/9/5/ijcem0021739.pdf>
- Holmgren S, Silfver KG, Lind C, Nordström L. Oxytocin augmentation during labor: how to implement medical guidelines into clinical practice. Sex Reprod Healthc. 2011 Nov;2(4):149-52.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575611000309?via%3Dihub>

Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización. Esta ficha es una recomendación para la ayuda de la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento, ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si queréis recibir más información sobre el proyecto, podéis contactar con: essencial.aquas@gencat.cat

Visítanos en la web essentialsalut.gencat.cat