



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Métodos para el pujo/expulsión utilizados durante el periodo expulsivo del trabajo de parto (Revisión)

Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB

Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB.
Pushing/bearing down methods for the second stage of labour
(Métodos para el pujo/expulsión utilizados durante el periodo expulsivo del trabajo de parto).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD009124.
DOI: [10.1002/14651858.CD009124.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Métodos para el pujo/expulsión utilizados durante el periodo expulsivo del trabajo de parto

Andrea Lemos¹, Melania MR Amorim², Armele Dornelas de Andrade¹, Ariani I de Souza², José Eulálio Cabral Filho², Jailson B Correia²¹Physical Therapy, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brazil. ²Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, Recife, Brazil**Contacto:** Andrea Lemos, Physical Therapy, Universidade Federal de Pernambuco, Av Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária - Depto Fisioterapia, Recife, Pernambuco, 50670-901, Brazil. andrealemos4@gmail.com.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 3, 2017.**Referencia:** Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Métodos para el pujo/expulsión utilizados durante el periodo expulsivo del trabajo de parto). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD009124. DOI: [10.1002/14651858.CD009124.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3).

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

RESUMEN

Antecedentes

El pujo materno durante el periodo expulsivo del trabajo de parto es un contribuyente importante e imprescindible a la fuerza expulsiva involuntaria desarrollada por la contracción del útero. Actualmente no hay consenso sobre la estrategia ideal para facilitar estos esfuerzos expulsivos y hay resultados contradictorios acerca de su influencia sobre la madre y el feto.

Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y las posibles desventajas de diferentes clases de técnicas con respecto al pujo/la respiración maternos durante el periodo expulsivo del trabajo de parto sobre los resultados maternos y fetales.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (19 de septiembre 2016) y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Ensayos aleatorizados (ECA) y cuasialeatorizados que evaluaron los efectos de las técnicas para el pujo y la expulsión (tipo o momento) realizadas durante el periodo expulsivo del trabajo de parto sobre los resultados maternos y neonatales. Se consideraron elegibles para inclusión los ECA grupales, aunque no se identificaron ensayos de este tipo. Los estudios que utilizaron un diseño cruzado (cross-over) y los publicados en forma de resumen solamente no fueron elegibles para inclusión.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente evaluaron los ensayos para inclusión, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Se verificó la exactitud de los datos.

Resultados principales

Es esta revisión actualizada se incluyeron 21 estudios, ocho (884 embarazadas) compararon el pujo espontáneo versus dirigido, con o sin analgesia epidural, y 13 (2879 mujeres) compararon pujo retrasado versus inmediato con analgesia epidural. Las evaluaciones de la evidencia según los criterios GRADE variaron entre *calidad moderada* y *muy baja*; las principales razones de la disminución de la calidad

fueron las limitaciones del diseño del estudio y la imprecisión de las estimaciones de los efectos. En general, los estudios incluidos variaron en cuanto al riesgo de sesgo; se consideró que la mayoría tuvo riesgo incierto de sesgo.

Comparación 1: tipos de pujo: pujo espontáneo versus pujo dirigido

No hubo diferencias claras en la duración del periodo expulsivo del trabajo de parto (diferencia de medias [DM] 10,26 minutos; intervalo de confianza [IC] del 95%: -1,12 a 21,64 minutos; seis estudios, 667 mujeres, efectos aleatorios, $I^2 = 81%$) (*evidencia de calidad muy baja*). No hubo diferencias claras en la laceración perineal de tercer o cuarto grado (riesgo relativo [RR] 0,87; IC del 95%: 0,45 a 1,66, un estudio, 320 mujeres) (*evidencia de calidad baja*), la episiotomía (RR promedio 1,05; IC del 95%: 0,60 a 1,85; dos estudios, 420 mujeres, efectos aleatorios, $I^2 = 81%$), la duración del pujo (DM -9,76 minutos, IC del 95%: -19,54 a 0,02; dos estudios; 169 mujeres; $I^2 = 88%$) (*evidencia de calidad muy baja*), o la tasa de parto vaginal espontáneo (RR 1,01; IC del 95%: 0,97 a 1,05; cinco estudios; 688 mujeres; $I^2 = 2%$) (*de evidencia de calidad moderada*). Para los resultados primarios neonatales, como la puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos, no hubo una diferencia clara entre los grupos (RR 0,35; IC del 95%: 0,01 a 8,43, un estudio, 320 recién nacidos) (*evidencia de calidad muy baja*), y el número de ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (RR 1,08; IC del 95%: 0,30 a 3,79, dos estudios, 393 lactantes) (*evidencia de calidad muy baja*) tampoco mostró una diferencia clara entre el pujo espontáneo y el dirigido. No hubo datos disponibles sobre la encefalopatía hipóxica isquémica.

Comparación 2: momento del pujo: pujo retrasado versus pujo inmediato (todas las mujeres con epidural)

Para las medidas de resultado primarias maternas, el retraso en el pujo se asoció con un aumento de 56 minutos en la duración del periodo expulsivo del trabajo de parto (DM 56,40; IC del 95%: 42,05 a 70,76; 11 estudios; 3049 mujeres; $I^2 = 91%$) (*evidencia de calidad muy baja*), pero no hubo diferencias claras en la laceración perineal de tercer o cuarto grado (RR 0,94; IC del 95%: 0,78 a 1,14; siete estudios, 2775 mujeres) (*evidencia de calidad moderada*) o la episiotomía (RR 0,95; IC del 95%: 0,87 a 1,04; cinco estudios, 2320 mujeres). El retraso en el pujo también se asoció con una disminución de 19 minutos en la duración del pujo (DM -19,05; IC del 95%: -32,27 a -5,83; 11 estudios; 2932 mujeres; $I^2 = 95%$) (*evidencia de calidad baja*), y un aumento del parto vaginal espontáneo (RR 1,07; IC del 95%: 1,02 a 1,11; 12 estudios, 3114 mujeres) (*evidencia de calidad moderada*).

Para los resultados primarios neonatales diferencias claras entre los grupos en cuanto al ingreso en cuidados intensivos neonatales (RR 0,98; IC del 95%: 0,67 a 1,41, tres estudios, $n = 2197$) (*evidencia de calidad baja*) y la puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos (RR 0,15; IC del 95%: 0,01 a 3,00; tres estudios; 413 recién nacidos) (*evidencia de calidad muy baja*). No hubo datos sobre la encefalopatía hipóxica isquémica. El retraso en el pujo se asoció con una mayor incidencia de pH bajo en la sangre del cordón umbilical (RR 2,24; IC del 95%: 1,37 a 3,68; cuatro estudios, 2145 recién nacidos) y aumentó el costo de la atención intraparto en CAD 68,22 (DM 68,22; IC del 95%: 55,37, 81,07; un estudio, 1862 mujeres).

Conclusiones de los autores

Esta revisión actualizada se basa en 21 estudios incluidos de evidencia de *calidad moderada a muy baja* (que se disminuyó debido principalmente a las limitaciones del diseño del estudio y a la imprecisión en las estimaciones del efecto).

El momento del pujo con epidural es consistente con que el pujo retrasado da lugar a un acortamiento del tiempo real del pujo y a un aumento del parto vaginal espontáneo, a expensas de una mayor duración general del periodo expulsivo del trabajo de parto y una duplicación del riesgo de un pH bajo del cordón umbilical (basado solamente en un estudio). No obstante, no hubo una diferencia clara en la laceración perineal grave y la episiotomía, así como en otros resultados neonatales (ingreso en cuidados intensivos neonatales, puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos y reanimación en la sala de partos) entre el pujo retrasado y el inmediato.

Por lo tanto, en lo que respecta al tipo al pujo, con o sin epidural, no hay evidencia concluyente que apoye o refute un estilo específico como parte de la práctica clínica habitual, y a falta de evidencia sólida que apoye un método o un momento específico para el pujo, la preferencia y la comodidad de la mujer y el contexto clínico deben guiar las decisiones.

Se necesitan más ECA bien diseñados, que aborden resultados maternos y neonatales de importancia clínica, y que agreguen información basada en la evidencia a los conocimientos actuales. Dichos ensayos proporcionarán datos más completos que se incorporarán en una futura actualización de esta revisión.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Métodos para el pujo para el periodo expulsivo del trabajo de parto

¿Cuál es el problema?

Durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, una técnica habitual es alentar a las mujeres a que respiren profundamente al comienzo de una contracción, luego la mantengan y la soporten durante toda la contracción (a esto se le conoce como pujo dirigido). En el pujo espontáneo, las embarazadas son libres de seguir sus propios instintos y en general pujan de tres a cinco veces por contracción. El pujo retrasado incluye instruir a las embarazadas para evitar el pujo hasta que haya un deseo irresistible de pujar y cuando la parte de la presentación del feto ha descendido hasta el perineo.

¿Por qué es esto importante?

Se deseaba conocer los efectos beneficiosos y las posibles desventajas de diferentes clases de técnicas con respecto al pujo/la respiración maternos durante el periodo expulsivo del trabajo de parto sobre los resultados maternos y fetales.

¿Qué evidencia se encontró?

Se buscó evidencia (fecha de búsqueda 19 de septiembre 2016) y se identificaron ocho ensayos (884 mujeres) que compararon los tipos de pujo: pujo espontáneo versus pujo dirigido con o sin analgesia epidural, y 13 ensayos (2879 mujeres) que compararon el momento para el pujo: pujo diferido versus pujo inmediato con analgesia epidural. La calidad de la evidencia de esta revisión actualizada fue de moderada a muy baja.

Comparación 1: Pujo espontáneo versus dirigido

Para los tipos de pujo (pujo espontáneo versus pujo dirigido) no hubo diferencias claras en la duración del periodo expulsivo (*evidencia de calidad muy baja*), la laceración perineal (*evidencia de calidad baja*), la episiotomía, el tiempo dedicado al pujo (*evidencia de calidad muy baja*) o el número de mujeres con un parto vaginal espontáneo (*evidencia de calidad moderada*) entre las mujeres que pujaron espontáneamente y las mujeres que lo hicieron de manera dirigida. Los resultados relacionados con el recién nacido (como la puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos (*evidencia de calidad muy baja*), el ingreso en cuidados intensivos neonatales (*evidencia de calidad muy baja*) no fueron claramente diferentes. Ninguno de los estudios informó sobre el resultado recién nacidos con encefalopatía hipóxica isquémica.

Comparación 2: Pujo retrasado versus inmediato (mujeres con epidural)

Para el momento del pujo: pujo retrasado versus pujo inmediato (todas las mujeres con epidural), el pujo retrasado se asoció con un aumento de la duración del periodo expulsivo de unos 56 minutos (*evidencia de calidad muy baja*). No hubo diferencias claras entre los dos grupos en cuanto al número de mujeres con laceración perineal (*evidencia de calidad moderada*) y a la episiotomía. El retraso en el pujo redujo su duración en unos 19 minutos (*evidencia de calidad muy baja*) y aumentó ligeramente el número de mujeres con un parto vaginal espontáneo (*evidencia de calidad moderada*). No hubo diferencias claras entre los grupos de pujo inmediato y tardío en cuanto a resultados importantes para el recién nacido: Puntuación de Apgar menor de siete a los cinco minutos (*evidencia de calidad muy baja*), ingreso en cuidados intensivos neonatales (*evidencia de calidad baja*). Ninguno de los estudios informó sobre el resultado recién nacidos con daño cerebral debido a falta de oxígeno en el cerebro. Además, el pujo retrasado se asoció con una mayor incidencia de pH bajo del cordón umbilical y aumentó el coste de la atención intraparto en CDN 68,22.

¿Qué significa esto?

No es posible determinar cuál es mejor de los métodos de adiestramiento para el pujo espontáneo o dirigido. Hasta que se disponga de más estudios de calidad alta, se debe alentar a las mujeres a que pujen según su comodidad y preferencia.

Retrasar el pujo para las mujeres con la epidural reduce el tiempo pujando en trabajo de parto y aumenta la probabilidad de un parto vaginal espontáneo. Sin embargo, aumenta la duración del periodo expulsivo. Todavía no están claros los posibles efectos sobre los resultados importantes del recién nacido y la lesión perineal de la madre (desgarros graves). Por lo tanto, la evidencia aún es insuficiente y no concluyente para apoyar cualquier indicación de un momento específico para el pujo, así como para el tipo de pujo, debido a que no hay evidencia concluyente que indique un estilo adecuado para el pujo que se pueda utilizar en la práctica clínica.

Se necesitan más ensayos controlados aleatorizados bien diseñados para producir más información basada en evidencia. Estos ensayos deben examinar resultados maternos y neonatales clínicamente importantes y proporcionarán datos más completos para incorporarlos en una actualización futura de esta revisión.