



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

Técnicas de prevención del traumatismo perineal en el parto

Autor/a: Ester Ventura Tazueco

Tutor/a: Ana Belén Subirón Valera

19/Abril/2012

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

- Introducción Pág. 3
- Objetivos..... Pág. 5
- Metodología Pág. 6
- Desarrollo..... Pág. 8
- Conclusión..... Pág. 15
- Bibliografía..... Pág. 16
- Anexo I Pág 19

INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que más preocupan tanto a las mujeres embarazadas como a los profesionales sanitarios que asisten el parto, es cómo evitar que ocurran desgarros perineales y reducir el uso de las episiotomías, debido a que generan una alta morbilidad.

El traumatismo perineal se define como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o debido a una incisión quirúrgica o episiotomía. ⁽¹⁾

Como es natural, el deseo de la mayoría de las mujeres es parir sin sufrir desgarros perineales ni tener que someterse a episiotomías, ya que estas generan dolor y malestar, además de repercusiones negativas en la musculatura del suelo pélvico que pueden ocasionarles problemas en el puerperio y posteriormente. ^(1, 2)

La lesión más frecuente que se ocasiona en el parto es el desgarro perineal, que compromete la vagina, vulva y periné. Estos desgarros se clasifican según su afectación de las estructuras en diferentes grados: el primer grado afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal; el segundo grado incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal; el tercer grado incluye el esfínter anal y el cuarto grado incluye la mucosa rectal. ⁽³⁾

La episiotomía se define como una incisión en la zona del periné, sector que va desde la vulva al ano. Se seccionan la piel y los músculos situados entre la vagina y el recto para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el periodo expulsivo del parto en el caso de que ésta sea insuficiente, con el objetivo de prevenir así los desgarros perineales de tercer y cuarto grado ⁽⁴⁾.

Durante años, el uso de la episiotomía fue rutinario, especialmente si la mujer era nulípara, hasta que diversos estudios evidenciaron que era más beneficioso realizar una práctica restrictiva de la episiotomía, pues esta puede provocar mayores lesiones, dolor y secuelas de los que su uso rutinario trata de prevenir. ^(4,5,6)

En la actualidad, aunque la frecuencia con la que se realizan las episiotomías se ha reducido, en general, las tasas de traumatismo perineal siguen siendo altas ⁽⁷⁾. Según Albers LL et al⁽⁸⁾ (1996) las tasas de episiotomía en el mundo, el uso de esta técnica varía de 9,7% (norte de Europa - Suecia) a 96,2% (América del Sur - Ecuador), con tasas más bajas en países de lengua inglesa (América del Norte - Canadá: 23,8% y Estados Unidos: 32,7%) y en muchos países (América del Sur y Central - Brasil: 94,2%, África del Sur - 63,3% y Asia - China: 82%) permanecen elevadas.

Si se toma en consideración el gran número de mujeres que sufren trauma perineal en el parto, se ve claramente la necesidad de realizar intervenciones que ayuden a reducir este tipo de trauma. ^(9, 10)

Hay diversas técnicas destinadas a proteger el periné, entre ellas están: el masaje perineal al final de la gestación, el uso de compresas tibias durante el expulsivo y el masaje intraparto con o sin lubricante. ⁽¹¹⁾

Últimamente, han aumentado los estudios que investigan los diferentes factores que pueden aumentar o disminuir las tasas de desgarros, al igual que las distintas técnicas e intervenciones para prevenirlas en el parto, ya que se ha visto la importancia de este tema tiene en la calidad de vida que tendrá la mujer tras el parto. ⁽¹²⁾

OBJETIVOS

- Revisar la evidencia existente sobre las técnicas de prevención del traumatismo perineal en el parto.
- Averiguar el papel de enfermería en las técnicas de prevención del traumatismo perineal utilizadas.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se han realizado búsquedas en diferentes bases de datos, fundamentalmente en tres: Pubmed, Elsevier y Scielo. Además de acceder a la bibliografía secundaria de los artículos seleccionados para completar la información requerida para la redacción de dicho trabajo.

En la base de datos Pubmed se utilizaron las siguientes palabras clave: perineal trauma childbirth massage techniques. Y se acotó la búsqueda con los siguientes límites: Humans, English and Spanish, Last 10 years.

El resultado de la búsqueda fueron 17 artículos, de los cuales se aceptaron 9 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión, y se descartaron 8 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta.

En la base de datos Elsevier se utilizaron las siguientes palabras clave: perineal and trauma childbirth prevent massage techniques. Y se acotó la búsqueda con el límite de que los artículos debían estar publicados en los últimos diez años, para obtener así una revisión actual del tema.

El resultado de la búsqueda fue de 6 artículos, de los cuales se aceptó 1 y se descartaron 5 por no ajustarse al tema.

En la base de datos Scielo se utilizaron las siguientes palabras clave: perineal trauma and childbirth and prevent or massage or techniques. En esta ocasión no fue posible acotar la búsqueda con límites, ya que la página no permite su uso.

El resultado fue de 3 artículos, de los cuales se aceptó 1 y se descartaron los otros dos por no ajustarse al tema a tratar.

También se consultó el documento de consenso asistencial al parto normal de SEGO ⁽¹³⁾ y el documento redactado por el Ministerio de Sanidad Español, la Estrategia de Atención al Parto Normal ⁽¹⁴⁾

Para la realización del plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA ⁽¹⁵⁾,
NOC ⁽¹⁶⁾ y NIC ⁽¹⁷⁾.

DESARROLLO

Con el fin de evitar que los traumatismos perineales se produjeran de forma espontánea, en muchas ocasiones se recurría masivamente a la episiotomía, un corte en el periné que agranda la abertura vaginal.

Sin embargo, actualmente esta práctica ha sido restringida a casos especiales, pues ya en 1996, Lede, Belizin y Carroli ⁽¹⁸⁾ concluyeron que no había pruebas suficientes de que el uso rutinario de la episiotomía tuviera un efecto beneficioso, contrariamente, había pruebas claras de que podía incluso causar mayor daño.

También está recogido en el documento redactado por el Ministerio de Sanidad Español, la Estrategia de Atención al Parto Normal ⁽¹⁴⁾ que se debe promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática, como igualmente aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁹⁾.

Diferentes estudios revelan que más de la mitad de las mujeres que paren sin que se les realice la episiotomía tienen desgarros que precisan sutura ⁽²⁰⁾. Se sabe que el daño perineal que se asocia a la episiotomía, incluso si este no afecta al esfínter anal, puede causar dolor en la zona del periné e incontinencia tras el parto. Incluso, estudios recientes han demostrado que la episiotomía provoca más dolor, infección y disfunción sexual, que si se produjera una laceración espontánea ⁽²¹⁾.

Por lo tanto, se considera necesaria la investigación de nuevas formas menos agresivas de prevenir los desgarros espontáneos en el parto y ayudar a reducir las tasas de episiotomía. Es por ello que cada vez se recurre más al uso de técnicas de prevención del traumatismo perineal durante el parto.

Al hablar de prevención del traumatismo perineal en el parto la mayoría de los artículos coinciden en que existen cuatro técnicas principales aplicables durante la segunda parte del trabajo de parto:

- Aplicación de compresas tibias en la zona del periné. Con paños limpios lavados por inmersión en agua caliente y escurridos para eliminar el exceso

de agua. La aplicación se llevara a cabo continuamente sobre el periné de la madre y los genitales externos durante y entre los pujos.

- Masaje perineal con o sin lubricante. Se realiza un masaje suave, lento, con dos dedos de la mano enguantada de la matrona, moviéndose de lado a lado, justo dentro de la vagina de la paciente. Se aplica una presión suave, hacia abajo (hacia el recto) con trazos constantes y laterales. Este movimiento impide movimientos rápidos o presión sostenida.

- Masaje perineal durante el embarazo. Introducir los pulgares en la vagina como unos tres o cuatro centímetros, y hacerlos deslizar hacia los lados suavemente (sin llegar al meato urinario), durante tres o cuatro minutos, cuando se nota sensación de calor en la zona, hacer presión con los pulgares en la horquilla del periné hacia abajo durante otros tres o cuatro minutos.

Estos ejercicios se realizarán todos los días, aunque según Beckmann M.M⁽²²⁾ tiene la misma efectividad si se realiza correctamente dos veces por semana. Si el masaje lo efectúa la pareja, en lugar de utilizar los pulgares, usará los dedos anular y corazón.

- No tocar el periné de la mujer durante la segunda etapa del trabajo de parto hasta la coronación de la cabeza del bebé.

El profesional de enfermería debe recomendar diferentes técnicas, con el objetivo de prevenir los desgarros en el periné y evitar el uso de la episiotomía. Entre ellas se encuentran también las técnicas de masaje perineal durante el embarazo que realiza la propia madre embarazada instruida, esto según una revisión de la Cochrane ⁽²³⁾ se muestran como un factor protector del periné.

El masaje perineal durante la gestación aumenta la flexibilidad de los tejidos del periné y hace que disminuya la resistencia muscular, como resultado, el periné puede extenderse con mayor facilidad durante el parto ⁽²²⁾. En muchos casos el uso de estas técnicas puede evitar la realización de episiotomías ⁽²⁰⁻²⁴⁻²⁵⁾. Teniendo en cuenta las grandes ventajas que presenta y los escasos inconvenientes de realizar dicha técnica, la cual está

contraindicada si se tienen infecciones vaginales de repetición o activas, lesiones vaginales, placenta previa, amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas, estaría justificado protocolizar esta técnica dentro de la educación maternal, al igual que lo están la relajación y las respiraciones. ⁽²⁶⁾

Las otras técnicas usadas, como ya se ha mencionado, son el masaje perineal en el parto y la protección del periné aplicando compresas tibias, aunque en ninguno de los dos casos se ha demostrado la eficacia ^(27,28) .

A pesar de que la eficacia de estas técnicas no se ha demostrado, se han realizado diferentes estudios con el fin de concluir si alguna de estas técnicas realmente previene los traumatismos perineales y evita el uso de la episiotomía.

Leah L. Albers et al ⁽¹⁸⁾ concluye su estudio diciendo que según sus resultados, la aplicación de compresas calientes o la realización de masaje con lubricante no ofrece ninguna ventaja o desventaja en cuanto a la prevención del traumatismo ya que no hubo una diferencia significativa en sus resultados respecto a la alternativa de no tocar el periné.

Sin embargo, otros autores como Aasheim V et al ⁽²⁹⁾ y Renfrew MJ et al ⁽³⁰⁾ concuerdan en sus artículos al hablar a favor de la práctica del masaje perineal en la reducción de desgarros de tercer y cuarto grado, si bien, el resultado no es concluyente. Y refieren que se carecen de datos suficientes para llegar a una conclusión sobre su efectividad.

Como podemos ver hay bastante controversia sobre los resultados de los estudios en cuanto al uso del masaje perineal y los efectos de la termoterapia en el cuidado de periné para evitar el trauma perineal.

A pesar de ello, muchos protocolos y guías para profesionales sanitarios, como por ejemplo, la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁹⁾ y las recomendaciones sobre la asistencia al parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ⁽¹³⁾ se postulan a favor de este tipo de prevención, recomendando el uso de compresas

calientes en el periné durante el periodo expulsivo de parto para aumentar la relajación, el confort y ayudar a la distensión del periné.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la implementación de dichas técnicas de prevención, pues debe informar y educar correctamente a las pacientes, ya que en múltiples ocasiones no se realiza la prevención del trauma perineal por desconocimiento.

El empleo de estas técnicas preventivas durante el parto por parte de las enfermeras especialistas (matronas) está estipulado en multitud de protocolos. De modo que, los profesionales sanitarios que asisten a las embarazadas durante el parto deben conocer estas técnicas, la manera correcta de emplearlas y cuando hacerlo.

Esta información se puede encontrar en documentos de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ⁽¹³⁾ y en las propias guías de actuación de cada centro.

Para mostrar la importancia de las actividades enfermeras en la prevención de los traumatismos perineales durante el embarazo y el parto, se propone un Plan de Cuidados de Enfermería en el que se reflejen dichas actividades:

Diagnósticos de Enfermería

- **00146 Ansiedad r/c parto m/p nerviosismo, inquietud.**

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo

Objetivos (NOC):

1402 Control de la ansiedad

1302 Superación de problemas (afrentamiento).

Intervenciones (NIC):

5230 Aumentar el afrontamiento

5880 Técnicas de relajación

5820 Disminución de la ansiedad

- **00126 Conocimientos deficientes r/c gestación m/p poca familiaridad con los recursos para obtener información.**

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Objetivos (NOC):

1810 Conocimiento: gestación

Intervenciones (NIC):

6760 Preparación para el parto

6960 Cuidados prenatales

5210 Guía de anticipación

- **00038 Riesgo de traumatismo perineal r/c parto.**

Aumento del riesgo de lesión tisular accidental

Objetivos (NOC):

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones (NIC)

5606 Enseñanza: individual

- Enseñanza de masaje perineal durante el embarazo.
- Técnicas de gestión del periné

6830 Cuidados intraparto.

- Técnicas protectoras del periné.
- Ayudar a la madre a adoptar una posición cómoda.

1750 Cuidados perineales.

- Aplicación de compresas tibias.
- Masaje perineal con o sin lubricante.

6960 Cuidados prenatales.

- Enseñanza de masaje perineal durante el embarazo.
- Preparación para el parto.

- **00004 Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos, alteración de las defensas primarias: rotura de la piel, destrucción tisular.**

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Objetivos (NOC):

702 Estado inmune.

Intervenciones (NIC):

2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

3440 Cuidado del sitio de incisión

6830 Cuidados intraparto

6930 Cuidados postparto

6540 Control de infecciones

Problemas de colaboración

- **Colaboración con el tocólogo:**

Intervenciones (NIC)

7680 Ayuda en la exploración

7710 Apoyo médico

8060 Transcripción de órdenes

- **Dolor:**

Objetivos (NOC)

2102 Nivel del dolor: intensidad

Intervenciones (NIC)

1400 Gestión del dolor

6860 Supresión de los dolores del parto

6650 Vigilancia

CONCLUSIÓN

Tras la revisión sistemática de artículos sobre las técnicas de prevención del traumatismo perineal se puede concluir que no existe una clara evidencia para afirmar que estas técnicas previenen los desgarros perineales en el parto, sin embargo, tampoco han mostrado ser perjudiciales. Aun así, el resultado no es concluyente y se debe investigar más al respecto.

El papel de la enfermería es primordial a la hora de enseñar a aplicar técnicas preventivas como el masaje perineal durante el embarazo dado que sí se han demostrado resultados favorables a la hora de evitar desgarros o episiotomías. Y se debe incluir en los cuidados enfermeros durante la gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 1999;2:522-32.
2. Kettle C. Perineal tears. London: Nursing Times Books;1999.
3. Cunningham GG, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, et al. Williams obstetrics. 20^a ed. New York: McGraw-Hill;2005.
4. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane traducida. 2007; (2)
5. Hartman K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. JAMA. 2005; 293:2141-8.
6. Belizan JM, Carroli G. Routine episiotomy should be abandoned. BMJ. 1998; 317-89.
7. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to trauma in childbirth. J Nurse Midwifery. 1996; 41(4):269-76.
8. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. 2005; 32(3):219-23.
9. Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. J Nurse Midwifery. 1995; 40(1):13-8.
10. Sampsel CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. J Nurse Midwifery. 1999; 44(1):36-9.
11. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ. 2001; 322(26):1277-80.

12. Berajano J, Álvarez C. Ensayo clínico aleatorizado abierto de dos grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta a partir de las semanas 34-36 de gestación para la reducción de desgarros de primer y segundo grado en el periodo expulsivo del parto. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas*. 2012 4 (5): 43-65.
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO;2007.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Elsevier; 2005-2006.
16. Morrhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.
17. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
18. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1996;41(4):269-76.
19. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
20. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002; 81(1):44-9.

21. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest.* 1991; 31(4):213-6.
22. Beckmann M.M., Garrett A.J. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida) 2008 (4)
23. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007;(4).
- 24- Davidson K, Jacoby S, et al. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *J Obstet Gynecol Nurs* 2000 sep- oct;29 (5): 474-9.
- 25- Shipman MK, Boniface DR, et al. Antenatal perineal massage and subsequent perineal autcomes: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 1997 Jul;104 (7): 787- 91.
- 26- Gómez ME. Masaje perineal durante el embarazo. *Rev. enferm. CyL* 2009. 1 (2): 40-42.
27. McCandllish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames I, et al. Arandomizer controller trial of care of the perineum during the second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105(12):1262-72.
28. Pastrana J, Ceballos A. Masaje perineal en el parto: una práctica a debate. *Evidentia* 2006; 3(8).
29. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;12.
30. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, et al. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature 1998;25:143–160.

ANEXO I

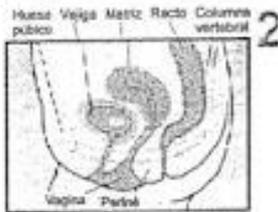
TECNICA DE MASAJE PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA ENVASADO EN CAPSULAS MONODOSIS

AGYDRAS: Abel Fernández Ana Isabel, Canal Fernández, Natalia López Fernández-Carvajales, Cristina Juárez Pérez, Irene Ruiz Torres, Inmaculada Rodríguez de Matroña de la Unidad Docente de Madrid, 1ª Promoción. Comunicación Ipo póster II Congreso Asociación Española de Levadoras, Zaragoza, Mayo 2004

OBJETIVO: INCREMENTO DE LA ELASTICIDAD PERINEAL PARA FAVORECER SU INTEGRIDAD EN EL PERIODO EXPULSIVO DEL PARTO



1
Lávese bien las manos (uñas recortadas y limpias)



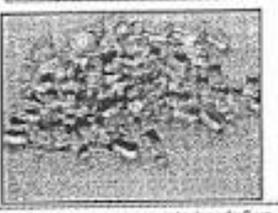
2
Vacíe la vejiga de orina antes de realizar el masaje. Familiarícese con su propio paritid; puede ayudarse de un espejo



3
Puede aplicarse compresas templadas o realizar el masaje tras la ducha.



4
Colóquese cómodamente. Puede adoptar una posición en cuclillas, semisentada, ó apoyada en la pared...



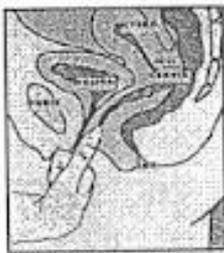
5
Aceite de rosa mosqueta bardoGyn en capsulas monodosis con Vit. E natural y ausencia total de aire para evitar la oxidación del aceite.



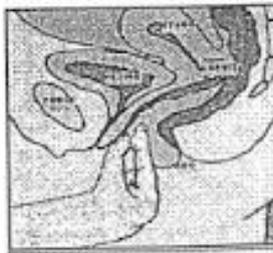
6
Si se realiza automasaje, es más cómodo usar el pulgar. Para la pareja lo será el indice y/o corazón. Lubrique sus dedos con el aceite de rosa mosqueta.



A) * Introduzca en los dedos en la vagina 3-4 cm, presione hacia abajo, y hacia los lados de la vagina con un movimiento de balanceo firme pero delicado, estirando la zona hasta que sienta una leve sensación de escozor.
* A continuación deslice el dedo desde el fondo de la vagina hacia afuera y viceversa, manteniendo una ligera presión durante 2 minutos.



B) * Coloque el / los dedos en la entrada de la vagina (horquilla) y realice una presión hacia abajo durante unos 2 minutos o hasta que le moleste. Esto le ayudará a imaginar la presión que ejercerá la cabeza del bebé.



C) * Después coja esta zona entre el dedo pulgar y los anillos, a modo de pinza, y realice un movimiento de vaivén, de un lado al otro, para estirar el tejido de la entrada de la vagina y la piel del peritid; realice este movimiento durante 2-3 minutos.
* Para terminar, manteniendo los dedos en la misma posición, realice estiramientos desde dentro hacia afuera abarcando la zona anterior y lateral de la vagina y piel del peritid. Durante 2 minutos, todo lo ayudará a relajar la zona.

* La frecuencia del masaje será de 3 veces por semana durante 10 minutos. Se realizará al menos 3 semanas a partir de la semana 34 de gestación.

De venta en Farmacias asociadas a los siguientes Almacenes Mayoristas: COFARES, FARMACEN, Centro Farmacéutico Nacional, COFAMASA, Saba Galénica, S.A.
Pídalo con los siguientes Códigos Nacionales: 355020 Aceite de rosa mosqueta 70 caps. monodosis, 355075 Aceite de rosa mosqueta 30 caps. monodosis