



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/237.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>Maniobras para reducir el desgarramiento perineal en el parto espontáneo: aplicación de vaselina y conducta expectante</b>
<i>Autores</i>	Francisco José Navarro Bernal, <sup>1</sup> Almudena Barroso Casamitjana, <sup>2</sup> Ana María Peralta Domínguez <sup>3</sup>
<i>Centro/institución</i>	(1) Matrona, Distrito Jerez-Costa Noroeste. (2) Matrona, Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. (3) Matrona, Hospital de Puerto Real.
<i>Ciudad/país</i>	(1) Jerez de la Frontera (Cádiz), España. (2) Jerez de la Frontera (Cádiz), España. (3) Puerto Real (Cádiz), España
<i>Dirección e-mail</i>	Franci_Navarro@hotmail.com

## RESUMEN

La mayor parte de los nacimientos por vía vaginal de mujeres nulíparas están acompañados de desgarramientos perineales. En nuestro trabajo diario hemos podido comprobar que muchos compañeros administran vaselina líquida, en la última fase del expulsivo, sobre la cavidad vaginal y mantienen una actitud expectante a la hora de realizar las exploraciones. Por ello nos hemos planteado realizar una búsqueda bibliográfica de los estudios existentes con la finalidad de constatar si esas maniobras son efectivas o no.

De todos los estudios revisados hemos deducido que no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva que pueda llegar a generalizar una u otra intervención para la reducción del trauma perineal.

Debido a la discrepancia existente en los estudios revisados y que en ninguno de ellos se estudia la aplicación de las dos intervenciones conjuntamente, sería adecuado llevar a cabo dicho estudio de investigación.

**Palabras clave:** Parto/ Vaselina/ Trauma Perineal/ Cuidados/ Nuliparidad.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

El parto normal se define como el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre las 37-42 semanas y que tras una evolución fisiológica de la dilatación, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina (1).

En todo parto que evolucione por vía vaginal se suceden estos tres periodos: dilatación, expulsivo y alumbramiento. (2)

Según la OMS se diferencian las siguientes fases en el trabajo de parto (3):

Pródromos de parto → Se corresponde con un falso trabajo de parto y en él, el cuello uterino no se encuentra dilatado.

Primer período del parto → Es el período del parto que transcurre desde su comienzo hasta que se produce la dilatación completa del cuello que se alcanza cuando el diámetro del mismo es de unos 10 cm.

El Segundo período del parto o expulsivo transcurre entre el final de la dilatación del cuello uterino y la salida total del feto al exterior. Las contracciones uterinas son fuertes, duraderas y frecuentes.

El tercer período del parto también llamado alumbramiento comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta, cordón y membranas.

Los traumas perineales en el momento del parto pueden ser (2,4):

-Episiotomía: se define como la sección quirúrgica que se realiza en el periné femenino en el momento del expulsivo para facilitar la salida del feto.

Puede ser central, en el rafe medio, o lateral a la izquierda o derecha del rafe medio.

-Desgarros: Los desgarros del periné pueden afectar a diferentes estructuras, alcanzando diferente extensión y profundidad. Se clasifican en:

+Primer grado: afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal pero no al músculo.

+Segundo grado: afecta a vagina, musculatura superficial y piel.

+Tercer grado: afecta a vagina, musculatura profunda, piel y haces fibromusculares del esfínter anal.

+Cuarto grado: afecta a mucosa rectal, dejando al descubierto la luz del recto.

Los traumas perineales en el momento del parto pueden ser (4):

-*Episiotomía*: se define como la sección quirúrgica que se realiza en el periné femenino en el momento del expulsivo para facilitar la salida del feto.

Puede ser central, en el rafe medio, o lateral a la izquierda o derecha del rafe medio.

-*Desgarros*:

Los desgarros del periné pueden afectar a diferentes estructuras, alcanzando diferente extensión y profundidad. Se clasifican en:

+*Primer grado*: afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal pero no al músculo.

+*Segundo grado*: afecta a vagina, musculatura superficial y piel.

+*Tercer grado*: afecta a vagina, musculatura profunda, piel y haces fibromusculares del esfínter anal.

+*Cuarto grado*: afecta a mucosa rectal, dejando al descubierto la luz del recto.

La conducta expectante se puede definir como la no manipulación de la región perineal durante la fase final del expulsivo. Se pretende mantener una actitud de espera mientras los tejidos se distienden de forma fisiológica.

La aplicación de vaselina es la introducción de una cantidad determinada de vaselina en forma líquida directamente en el canal vaginal y en la región perineal sin la utilización de ningún tipo de masaje en la zona.

## **Objetivo**

Valorar si la utilización de vaselina líquida y la conducta expectante en la fase avanzada del segundo periodo del parto (expulsivo) disminuye la incidencia de desgarros perineales.

## **Material y Método**

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existentes en:

- Las principales bases de datos: Cochrane plus, Medline, Pubmed, Cuiden.
- Revistas científicas: Nure Investigación, Matronas Profesión Y Matronas Hoy.

### *Criterios de Inclusión*

La búsqueda en las principales bases de datos se ha realizado entre los años 1998-2013, seleccionando todos aquellos estudios relacionados con el tema en cuestión.

## **Resultado**

Existen varios estudios que hablan sobre los factores relacionados con el trauma perineal y métodos utilizados para reducir su incidencia. Los resultados en ocasiones no son determinantes y son contradictorios.

De entre los factores que se han estudiado nos encontramos: paridad, posición y tamaño del feto, tono y elasticidad del periné, episiotomía previa, analgesia epidural, tiempo de expulsivo, posición en expulsivo, el profesional que asiste el parto, tipo de pujo, protección del periné, masaje perineal prenatal, adecuado control de peso durante la gestación.

Un estudio llevado a cabo en el año 2003 en un hospital de Brasil intentaba relacionar la aparición de trauma perineal con la duración del periodo expulsivo, tipo de pujo, presencia de circular de cordón, peso del recién nacido, variedad de posición en el desprendimiento cefálico y la longitud del perineo. Concluyeron que ninguna de estas variables mostraba una relación estadística significativa con la aparición o el grado de laceración perineal en el parto normal (5).

De todos los posibles factores relacionados, algunos de ellos son susceptibles de intervención por parte de la matrona, otros, sin embargo, no serán modificables como:

-*La paridad y la edad materna*: La segunda paridad tiene un efecto protector mientras que la edad materna superior a 40 años se ha asociado al trauma perineal (6).

-*La episiotomía en partos anteriores* también se ha relacionado con un aumento de trauma perineal.

-*Posición y tamaño del feto*: La macrosomía fetal y el diámetro biparietal grande aumentan el riesgo de traumatismo y de episiotomía (7).

-*Analgesia en el parto*: se ha llegado a relacionar con la impaciencia por parte del profesional que asiste el parto siendo más frecuentes las episiotomías en mujeres con analgesia epidural (7).

La OMS señala que si las condiciones materno-fetales son buenas no se debe ser rígido en el establecimiento de una duración fija para el segundo periodo del parto. Se consideran normales hasta 3 horas en las primíparas y dos en las multíparas, cuando tienen puesta analgesia epidural (8).

De entre los factores que pueden ser modificados por parte de los profesionales que asisten durante embarazo y parto destacan:

-*Ejercicio y ganancia de peso* durante el embarazo: la matrona controlará y dará recomendaciones en cuanto a la realización de ejercicio regular y una dieta adecuada y equilibrada, con el objetivo de llegar al parto en las mejores condiciones físicas.

-*Tono y elasticidad del periné*: Puede modificarse con técnicas de preparación perineal como son los ejercicios de Kegel, vasculación pélvica...

-*El masaje perineal* durante la gestación es efectivo para reducir el trauma perineal (9). El masaje perineal antes del parto reduce la probabilidad del traumatismo perineal (principalmente episiotomías) y la notificación de dolor perineal continuo en el posparto y, en general, las mujeres lo aceptan bien.

De este modo, se aconseja que las mujeres reciban información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo.

Se puede aplicar con diferentes lubricantes, los más usados son aceite de rosa de mosqueta, aceite de almendras dulces y aceite de oliva.

Al principio puede resultar un poco molesto por dificultades con la técnica pero, en general es bien tolerado por las mujeres.

Se realizará dos veces por semana a partir de la semana 34 (al menos 3-4 semanas antes del parto).

-*La postura en el expulsivo* debería ser una que reduzca la presión sobre el periné y la distribuya por igual. Las menos lesivas serían la lateral o las verticales con apoyo (7). De cualquier forma, se recomienda libertad de posición y movimiento durante todo el parto. La posición de litotomía se asocia con aumento del traumatismo y se debe evitar (10).

-*Salida de la cabeza fetal mediante pujos* espontáneos.

Se recomienda utilizar el “reflejo de expulsión” (11) que se produce cuando la cabeza presiona sobre el suelo pélvico (la mujer tiene ganas de empujar) y evitar los esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto. Se recomiendan, por tanto, los pujos espontáneos. Si bien, este tipo de pujo se ve dificultado en las mujeres que optan por una analgesia epidural porque el anestésico utilizado debilita la acción de los músculos. La mujer es capaz de empujar un poco pero no lo suficiente para favorecer el descenso y la rotación fetal, por lo que se hace necesario realizar pujos dirigidos.

-*Maniobras de protección del periné* y manejo fetal en el momento del nacimiento.

No existe una clara evidencia para fomentarlas (10). En un estudio publicado en 2006 comparando las técnicas de “hands on” o protección activa y “hands poised” o conducta expectante, no existieron diferencias significativas en cuanto a la localización y gravedad del traumatismo perineal en ambos grupos. Sin embargo, si se observó una disminución del dolor local en el posparto en las mujeres a las que se les había protegido el periné (12).

En otro estudio que comparaba ambos métodos se concluyó que la isquemia provocada por la intervención manual de los tejidos del periné es un factor de riesgo importante en los desgarros, recomendándose la conducta expectante (13).

El profesional que atiende el parto deberá de utilizar uno u otro método según la habilidad y elección de la mujer. La práctica de proteger el periné con las manos es más fácilmente aplicable si la mujer se encuentra en posición supina.

Para facilitar la distensión perineal algunos profesionales utilizan compresas calientes o sustancias lubricantes. Se debe evitar el masaje continuo de vulva y periné y reducir en lo posible el número de tactos vaginales.

Se han estudiado los efectos del masaje y estiramiento del periné durante la segunda etapa del parto con un lubricante soluble en agua. Los resultados muestran que el masaje perineal no aumenta la probabilidad de un perineo intacto ni disminuye el riesgo de dolor ni dispareunia en el posparto (14).

Otro estudio muestra que la posición de Sims durante el expulsivo, la aplicación de compresas calientes y los masajes con lubricante tenía un efecto protector (15).

Sin embargo, en otra investigación se valoró separadamente la aplicación de compresas calientes, los masajes perineales con lubricante y la no realización de ningún tacto vaginal llegando a la conclusión de que el índice de desgarros era igual en los tres grupos (16).

Otro estudio de 1996 asocia el uso de aceites y lubricantes y la posición de litotomía con un aumento de las laceraciones perineales (17)

Recientemente se ha publicado una nueva investigación sobre el uso de vaselina líquida para la prevención del trauma perineal en Brasil (18). Se verificó que no reduce la frecuencia o el grado de las laceraciones durante el parto. En este estudio todas las parturientas realizaron pujos espontáneos y se mantuvieron en la posición de decúbito lateral izquierdo.

De todos los estudios revisados se deduce que no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva que pueda llegar a generalizar una u otra intervención para la reducción del trauma perineal.

La aportación de este estudio es la combinación de vaselina líquida y conducta expectante conjuntamente ya que por separado se encuentran estudios que indican que no reducen la incidencia de desgarros.

## **Conclusiones**

Después de realizar un estudio minucioso en las bases de datos consultadas, hemos llegado a la conclusión de que no existen estudios en los que se compruebe que la aplicación de vaselina líquida y la conducta expectante reduzcan el trauma perineal en el parto espontáneo ya que las variables estudiadas son múltiples y no se centran exclusivamente en estas.

Debido a la discrepancia existente en los estudios revisados y que en ninguno de ellos se estudia la aplicación de las dos intervenciones conjuntamente, nos hemos planteado que sería interesante llevar a cabo un estudio de investigación. Este estudio se centraría exclusivamente en las variables comentadas y en mujeres que reunieran unos criterios de exclusión recomendados.

Si tras la realización del estudio llegamos a la conclusión que la aplicación de ambas intervenciones son efectivas, las podríamos llevar a cabo a la hora de realizar los partos. Con ello, estaríamos reduciendo en gran medida, la aparición de problemas para la mujer tanto a corto como a largo plazo.

En términos generales, la finalidad de este estudio, es conseguir una mayor satisfacción de la mujer y una vivencia positiva del proceso de embarazo, parto y puerperio, a corto plazo y con el paso de los años.

## **Bibliografía**

1. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 Noviembre.
2. Usandizaga JA, De la Fuente, P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mc Graw-Hill-Interamericana. Segunda edición. Madrid, 2004.
3. Organización Mundial de la Salud. Manejo de complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2002.
4. Endocrino Lozano V, Pastrana Martínez J, Rodríguez Castilla F. Embarazo Parto y Puerperio. Ed Logoss. Tercera Edición. Jaén, 2005.
5. Barreto Scarabotto L, González Riesco ML. Factores Relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(3): 389-395.
6. Aikins Murphy P, Feinland JB. Perineal outcomes in a home birh setting. Birth 1998 Dec; 25(4):226-34.
7. FAME. Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas; 2007.
8. Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2ªEdición Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
9. Beckmann MM, Garret AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
10. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
11. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Ed. La Liebre de Marzo. Pag 69-74.
12. Mayerhofer K, Bodner-Adler K, Rabi M y cols. Traditional care of the perineum during birth. J Reprod Med. 2002 Jun;47(6):477-82
13. McCandlish R, Bowler U, Asten H, Berridge G y cols. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol. 1998 Dec; 105(12):1262-72.
14. Stamp G, Kruzins G, Crowter C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. Br Med J. 2001; 322 (7297):1277-80.

15. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Chile Nurs.* 2007 May-Jun; 32(3):158-164.
16. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health.* 2005 Sep-Oct;50(5):365-72.
17. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery.* 1996 Jul-Aug; 41(4):269-76.
18. Matos Araújo N, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM. Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 maio-junho; 16(3):375-81.