



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/161d.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 "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Eficacia de la aplicación de compresas calientes en el periné para evitar el trauma durante el parto**

Autores María Belén *Moriana López*, María Eugenia *Sánchez Alias*, Belén *Shahrour Romera*

Ciudad/país Baza (Granada), España
Dirección e-mail m.belen_89@hotmail.com

RESUMEN

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Los desgarros serían todas aquellas lesiones espontáneas producidas durante el parto. Los desgarros se consideran de primer grado cuando afectan a la piel del periné y/o mucosa vaginal; los desgarros de segundo grado afectan a la piel del periné y/o mucosa vaginal y músculos perineales; los desgarros de tercer grado afectan a la piel, mucosa vaginal, músculos perineales y esfínter anal; y los desgarros de cuarto grado afectan a la piel, mucosa vaginal, músculos perineales, esfínter anal y mucosa de la ampolla rectal. Cuando el traumatismo perineal es consecuencia de una incisión quirúrgica vulvo-vaginal se denomina episiotomía. Se ha estimado que el 85% de las mujeres sufren algún tipo de trauma perineal durante el parto, y un 60-70 % de estas mujeres necesitarán sutura [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Los desgarros serían todas aquellas lesiones espontáneas producidas durante el parto. Los desgarros se consideran de primer grado cuando afectan a la piel del periné y/o mucosa vaginal; los desgarros de segundo grado afectan a la piel del periné y/o mucosa vaginal y músculos perineales; los desgarros de tercer grado afectan a la piel, mucosa vaginal, músculos perineales y esfínter anal; y los desgarros de cuarto grado afectan a la piel, mucosa vaginal, músculos perineales, esfínter anal y mucosa de la ampolla rectal. Cuando el traumatismo perineal es consecuencia de una incisión quirúrgica vulvo-vaginal se denomina episiotomía.¹ Se ha estimado que el 85% de las mujeres sufren algún tipo de trauma perineal durante el parto, y un 60-70 % de estas mujeres necesitarán sutura.²

Existen una serie de factores que pueden influir en la aparición de lesiones perineales durante el parto, entre ellos: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición del expulsivo, el profesional que asiste al parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo o la analgesia epidural.³

El traumatismo obstétrico está relacionado con morbilidad a corto y largo plazo, especialmente cuando se afecta el esfínter anal. A corto plazo aumenta el tiempo de hospitalización postparto, aumento de la necesidad de medicamentos adicionales y de las intervenciones quirúrgicas. El 10% de las mujeres manifestaron dolor postparto a largo plazo (3-8 meses tras el parto), un 25% manifestó dispareunia y problemas urinarios a los 3 meses postparto, y el 3-10% afirmaron padecer incontinencia fecal.⁴

La elevada morbilidad provocada por los desgarros en las mujeres que dan a luz, hace necesaria la búsqueda de técnicas que ayuden a reducir o evitar el trauma perineal. Entre estas técnicas se encuentra la aplicación de compresas calientes en el periné durante el expulsivo. De sobra son conocidos los numerosos beneficios de la aplicación de calor local. El calor favorece la vasodilatación periférica, aumentando la perfusión tisular de oxígeno y nutrientes y por lo tanto disminuyendo la isquemia del tejido. También produce disminución de la inflamación y favorece la relajación del tono muscular y como consecuencia aumenta la distensión del periné, además la aplicación de calor local tiene efecto analgésico.⁵

Objetivos

Conocer la eficacia de la aplicación de compresas calientes en el periné durante el expulsivo para evitar el trauma perineal en el parto.

Metodología

Revisión bibliográfica a través de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Medline, SciELO, LILACS y Biblioteca Cochrane Plus, de artículos relacionados con la aplicación de calor local en el periné y lesión en el periné así como consulta de protocolos y Guías de Práctica Clínica. Palabras clave: “warm compresses” y “perineal

trauma". Limitamos la búsqueda a aquellos estudios publicados desde el año 2000 hasta diciembre del año 2012.

Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica obtuvimos cuatro estudios publicados acerca del tema. El primer estudio se trata de estudio experimental aleatorizado, realizado en 2005 en EEUU, con una muestra de 1200 mujeres.⁶ El segundo estudio es un ensayo clínico aleatorizado, realizado en 2007 en EEUU, que contaba con una muestra de 717 mujeres nulíparas.⁷ El tercer estudio es un estudio descriptivo retrospectivo de 2007 con una muestra de 510 mujeres.⁸ Y el cuarto estudio es un artículo de revisión sistemática publicada en la Biblioteca Cochrane Plus en diciembre de 2011. Incluye 8 ensayos clínicos aleatorizados, y cuenta con una muestra total de 11.651 mujeres.¹

El primer estudio incluido comparaba la aplicación de compresas calientes y masaje junto al uso de lubricante frente a técnica de manos preparadas sin tocar el periné. El porcentaje de episiotomías realizadas en el estudio fue bajo (0,8%), el 23% (n=278) de las mujeres no presentaron trauma genital, el 20% (n=242) presentó trauma perineal severo (desgarro grado II, III y IV), mientras que el 57% (n=691) presentó trauma menor (desgarro grado I). Cuando se comparó el uso de compresas calientes vs técnica de manos que se mantienen preparadas pero no tocan ni cabeza ni periné, las diferencias no fueron significativas: RR 1,04 [IC 95% 0,81 a 1,35], y el tiempo medio de uso de compresas fue de 17,8 minutos en las mujeres con trauma perineal frente a 13,4 minutos en mujeres sin trauma, p=0,06. El análisis estratificado ajustado por paridad, utilización de epidural y ECA por peso del RN, no mostró diferencias significativas entre los tres grupos.⁶

Del segundo estudio incluido se obtuvieron como resultados que las mujeres del grupo de aplicación de compresas calientes tuvieron significativamente menos desgarros de tercer y cuarto grado (OR: 2,16 [IC 95% 0,69 a 1,47]), y tenían significativamente puntuaciones más bajas de dolor perineal en el parto (59% vs 82%) y en el primer y segundo día postparto, en comparación con el grupo de atención estándar. A los tres meses, fueron significativamente menos propensas a tener incontinencia urinaria en comparación con las mujeres del grupo de atención estándar (26/277 vs 59/262; p<0,0001). La diferencia en el número de mujeres que requirieron sutura después del parto no fue significativa.⁷

El tercer estudio tiene resultados contradictorios por un lado, basándose en el estudio de Albers et al. (1996) afirma que la aplicación de compresas calientes sería eficaz contra el trauma perineal; por otro lado indican que esta técnica no sería eficaz según el estudio de Albers, Sedler, Bedrick, Teaf, & Peralta (2005). Aun así, los autores afirman que la aplicación de compresas calientes sería una técnica útil para la prevención del trauma perineal.⁸

La revisión Cochrane, obtuvo como resultado que se encontró un efecto significativo en la reducción de desgarros de tercer y cuarto grado [(RR) 0,48, 95% (IC) 0,28 a 0,84 (dos estudios, 1525 mujeres)]. Aunque no disminuyó la necesidad de sutura (OR 0,1[IC 96% 0,69 a 1,47]).¹

Discusión

Tras realizar la lectura de los estudios, podríamos afirmar que se han encontrado efectos positivos en la aplicación de compresas calientes en el periné para disminuir el riesgo de desgarros graves, es decir de desgarros de tercer y cuarto grado, también en cuanto a la reducción del dolor durante el parto y los 3 primeros días postparto, pudiendo incluso reducir el riesgo de incontinencia urinaria durante los 3 primeros meses postparto. Sin embargo, no se han encontrado resultados significativos en cuanto a la disminución de la necesidad de sutura, lo cual se explica porque esta técnica podría disminuir la gravedad del trauma, aunque esto no implicaría necesariamente un resultado de periné intacto.

En el estudio de Albers¹ no obtuvieron diferencias significativas cuando compararon la aplicación de compresas calientes vs técnica de manos que se mantienen preparadas pero no tocan ni cabeza ni periné, sin embargo detectamos que no estudiaron los resultados aplicación de compresas calientes vs no aplicación de compresas calientes.

Conclusiones: como conclusión podríamos decir que se han encontrado resultados positivos para la aplicación de compresas calientes en el periné durante el expulsivo. Esta técnica podría reducir el riesgo de desgarros graves, el dolor durante el parto y postparto e incluso el riesgo de incontinencia urinaria. Además es una técnica sencilla, barata y bien tolerada por las mujeres y por las matronas que las atienden. La aplicación de compresas calientes no tiene efectos secundarios graves y es una práctica que ha sido recomendada por la guía NICE⁹, la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal,¹⁰ la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) y la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España).

No se han encontrado datos acerca de cuánto tiempo se aplicó la técnica ni cuál sería el momento idóneo durante el parto para iniciar su uso, por lo que sería necesarios más estudios que abordasen este tipo de cuestiones.

Bibliografía

1. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.
2. McCandlish R, Bowler U, van Hasten H et al. A randomized controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1998; 105:1262-1272.
3. FAME. Iniciativa parto normal. Cuidados del periné; Posiciones durante el expulsivo. Pamplona; 75-90.
4. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN et al. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. New England Journal of Medicine. 1993; 329:1905-1911.
5. Martínez M, Pastor JM, Sendra F. Manual de medicina física. Madrid: Harcourt Brace; 1998. (1):9.
6. Albers Leah L; Sedler, Kay D; Bedrick, Edward J.; Teaf, Dusty; Peralta, Patricia. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. Midwifery Women's Health. 2005; 50(5):365-372.
7. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal

outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007; 34(4): 282-90.

8. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007 May-Jun; 32(3): 158-64.

9. NICE guide. Intrapartum care of healthy women and their babies during the childbirth. National collaborating centre for women's and children care. Chapter London: 2007; 164-169.

10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OTESBA). Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitaria de Galicia (Avalia-t) 2010. Guías de práctica clínica del SNS: OTESBA N° 2009/01; 124-129.