



REVISIONES

Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura

Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura

Trauma perineal prevention: an integrative literature review

Cristina Manuela Ferreira-Couto¹
Marinha do Nascimento Fernandes-Carneiro²

¹Máster en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia, por la Escuela Superior de Enfermería de Oporto. Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia del Centro Hospitalario Tâmega e Sousa, EPE, Penafiel, Portugal.

²Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad de Oporto. Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica. Profesora coordinadora de la Escuela Superior de Enfermería de Oporto, Portugal.

E-mail: cristinacouto1@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Recibido: 01/03/2016

Aceptado: 23/08/2016

RESUMEN:

Este artículo describe las estrategias que pueden ser desarrolladas por la matrona con el objetivo de mantener la integridad del perineo materno, durante la fase activa del segundo periodo del trabajo de parto.

Objetivo: Determinar la evidencia disponible sobre las intervenciones de la matrona para la prevención del trauma perineal.

Método: Identificación de artículos incorporando las evidencias científicas sobre la prevención del trauma perineal, recurriendo a un conjunto de bases de datos de la salud: Medline, Elsevier, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, resultante en 14 artículos.

Resultados/Discusión: La actuación de la matrona en la prevención del trauma perineal debe seguir un conjunto secuencial de intervenciones: incentivar el ejercicio físico moderado, tres veces por semana, durante el embarazo; incentivar a la mujer para la realización del masaje perineal, desde la 30ª semana de gestación; promover la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, haciendo solamente masaje suave, alentando el tirón espontáneo y el cambio de posición de la madre y, además, proceder a la aplicación de gasas calientes en el perineo, y preferir el apoyo perineal simple cuando se aplica la maniobra de Ritgen. En todo el proceso, promover el empoderamiento de la mujer mediante el apoyo y la confianza.

Conclusión: Las intervenciones son señaladas como beneficiosas en la prevención del trauma perineal. No obstante, su aplicación exige más evidencia, así como una efectiva divulgación de sus resultados por parte de los equipos multidisciplinares y de la comunidad con la presentación de los beneficios para la salud de la mujer, la familia y la sociedad.

Palabras clave: Embarazo; Parto; Perineo; Matrona.

RESUMO:

Este artigo descreve as estratégias que podem ser desenvolvidas pela parteira na preservação do trauma perineal, durante o segundo período do trabalho de parto.

Objetivo: Determinar a evidência científica disponível sobre as intervenções da parteira para prevenir o trauma perineal.

Método: Identificação de artigos incorporando as evidências científicas sobre a prevenção do trauma perineal utilizando as bases de dados: Medline, Elsevier, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, resultando numa amostra de 14 artigos.

Resultados/Discussão: A intervenção da parteira na prevenção do trauma perineal deve atender a um conjunto sequencial de intervenções: Incentivar o exercício físico moderado, no mínimo três vezes por semana, desde que constatada a gravidez; Educar e incentivar a mulher à realização da massagem perineal, desde a 30ª semana de gestação; Promover a mudança postural ao longo do trabalho de parto, com possibilidade de deambulação; Incentivar e apoiar a mulher ao puxo espontâneo, ao longo da fase ativa do segundo período do trabalho de parto; Promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal; Proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o segundo período do trabalho de parto; Efetuar massagem perineal suave, usando um lubrificante; Preferir o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen, em prol da sua versão modificada, sendo esta mais interventiva.

Conclusões: As intervenções são apontadas como contributos na prevenção do trauma perineal. Contudo, a sua aplicação exige a disponibilidade de mais evidência, bem como uma efetiva divulgação dos seus resultados junto das equipas multidisciplinares e da comunidade, com apresentação dos ganhos em saúde para a mulher família e sociedade.

Palavras chave: Gravidez; Parto; Períneo; Parteira

ABSTRACT:

This article describes the strategies that can be developed by the midwife in order to maintain the integrity of the maternal perineum and prevent the practice of episiotomy during the active phase of the second period of labor.

Objective: To assess the available scientific evidence about the midwife's interventions in order to prevent perineal trauma.

Method: Identification of articles that incorporate scientific evidence on preventing perineal trauma, using the following databases: Medline, Elsevier, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, which resulted in 14 articles.

Results/Discussion: The performance of the midwife in the prevention of perineal trauma must follow a sequential set of interventions: to encourage moderate exercise three times a week during pregnancy; to encourage women to perform the perineal massage from the 30th week of pregnancy; to promote the restriction of perineal manipulation during labor, doing only a gentle massage, encouraging spontaneous pushing, changing the position of the mother, applying hot dressings in the perineum, and preferring a simple perineal support when Ritgen maneuver is applied. During all this process, to promote the empowerment of the mother, by giving support and confidence.

Conclusion: The aforementioned interventions are referred as beneficial to the prevention of perineal trauma and to the practice of episiotomy. However, their application requires more evidence, as well as an effective divulgation of the results by the multidisciplinary teams and community with the presentation of the benefits to the health of women, family and society.

Keywords: Pregnancy; Delivery; Perineum; Nurse Midwives

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto y el nacimiento representan el final del embarazo, el inicio de la vida extrauterina para el recién nacido y un gran cambio en la vida familiar.

El parto es el momento de transición más esperado y, a la vez, el más temido por la pareja. Este es un proceso vivido con mucha ansiedad que debe ser reconocido por la matrona, con el objetivo de proporcionar el apoyo necesario en la superación de los sentimientos de ansiedad y miedo, permitiendo a la pareja vivir un momento natural de su vida –el nacimiento de su hijo–.

En este contexto, se encuadra el concepto de Parto Normal¹, así como la clasificación de las prácticas comunes en la asistencia del parto normal, la cual integra en la categoría “conductas frecuentemente utilizadas de forma inapropiada” el uso liberal o por rutina de la práctica de la episiotomía.²⁻³

Recomendada cuando se cumplen determinados criterios, la práctica de la episiotomía consiste en una incisión quirúrgica en la región perineal, con indicación obstétrica para ser realizada en situaciones de: signos de sufrimiento fetal, progresión insuficiente del trabajo de parto y la amenaza de laceración de tercer grado, bajo la justificación habitual de los profesionales de que contribuye en la prevención del trauma perineal severo, de prolapso uterino y de incontinencia urinaria. Esta se verifica principalmente en casos de: rigidez perineal, primiparidad, feto macrosómico, prematuridad, presentación pélvica e inminencia de rotura perineal.⁴

Sin embargo, el uso preventivo/por rutina de esta práctica, todavía hoy en día, continúa siendo ejecutado a pesar de la ausencia de evidencia científica que apoye su beneficio, así como la existencia de evidencia clara de que puede acarrear algunas secuelas para la mujer, principalmente el aumento de la tasa de infección, el riesgo de lesión grave en el perineo, una mayor pérdida sanguínea, malestar y mayor tiempo de recuperación en el posparto, con repercusiones en el establecimiento del proceso de la lactancia materna.³ Esto, junto con las recomendaciones de la OMS, despiertan en nosotros reflexiones en relación con las intervenciones de matrona. Los profesionales sanitarios deben, por lo tanto, buscar prácticas alternativas para prevenir el trauma perineal⁴.

El uso limitado de la práctica de la episiotomía contribuye mucho en la obtención de una experiencia positiva del parto y en la humanización de los cuidados prestados, por ello debe ser incentivada en detrimento de su uso por rutina. Por lo tanto, se estima que la frecuencia ideal para la realización de esta práctica debe variar entre 10 a 30% de los partos vaginales¹⁻³.

En este sentido, el objetivo es determinar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de la matrona para la prevención del trauma perineal, entendiendo el parto como una vivencia/experiencia positiva, natural y humana para la mujer, el recién nacido y la familia. Por ello se considera que queda un largo camino por recorrer hacia una práctica más humanizada, centrada en la individualidad de cada pareja, dado que la asistencia en el parto necesita ser más explorada, teniendo en cuenta una mayor proximidad entre el equipo de salud, la mujer y la familia, siendo la matrona un agente facilitador en este proceso.

MÉTODO

El abordaje de esta problemática es de naturaleza cualitativa, y se basa en la identificación de artículos sobre las intervenciones de la matrona para prevenir el trauma perineal, centrándose en la práctica basada en la evidencia, ya que promueve el desarrollo y/o utilización de resultados de búsquedas en la práctica clínica. Fue adoptada una metodología de revisión integrativa de la literatura, permitiendo la búsqueda, reflexión crítica y síntesis de las evidencias disponibles sobre el tema, con la finalidad de determinar el estado actual del conocimiento, la implementación de intervenciones en la práctica y también la identificación de limitaciones susceptibles de desarrollo en futuras búsquedas⁵.

Por lo tanto, se pretende contribuir en la clarificación de conocimientos en el área de Ginecología y Obstetricia, ya que se cree que el conocimiento propicia el poder necesario para el cambio, pudiendo resultar en la obtención de mayor autonomía.

La recolección de datos de los artículos seleccionados se basó en la metodología de la revisión integradora de la literatura que incluye los siguientes pasos: selección de la pregunta de investigación; establecimiento de criterios de inclusión y exclusión; identificación de los estudios pre-seleccionados y seleccionados; categorización de los estudios seleccionados; análisis y la interpretación de los resultados; presentación de la revisión/síntesis del conocimiento.⁵ En este sentido, se consideró la siguiente pregunta de investigación, que sirvió de punto de partida para la construcción de la revisión integrativa de la literatura: *¿Qué intervenciones pueden ser desarrolladas por la matrona en cuanto a la prevención del trauma perineal?*

El acceso a la evidencia fue realizado mediante la búsqueda de publicaciones catalogadas en las bases de datos: Medline, Elsevier, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews, a través de la plataforma EBSCOhost y de PUBmed.

Definimos como criterio de inclusión, la disponibilidad de artículos originales utilizando las siguientes palabras clave: Embarazo; Parto; Perineo; Matrona, con texto completo disponible, en los idiomas portugués, inglés y español, entre diciembre de 2007 y julio de 2015, referentes a ensayos clínicos o revisiones sistemáticas de la literatura alusivos a parturientas independientemente de su paridad y resultantes de la búsqueda basada en los descriptores y sus combinaciones. Los criterios de exclusión comprenden los estudios que no cumplen los criterios de inclusión anteriormente citados. Esta búsqueda permitió la identificación y el análisis de 14 artículos, los cuales se encuentran representados en la tabla 1, que documenta las informaciones de los estudios seleccionados.

Para el análisis e interpretación de los resultados se considera el título; los objetivos del artículo, el autor; el método; el nivel de evidencia, el año y el país, con el fin de incorporar el objeto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados de la búsqueda efectuada, se procedió a su interpretación y consecuente síntesis de los principales datos. Del análisis pormenorizado de cada artículo incluido resultó la sugestión de las estrategias, en ellos identificadas, siendo consideradas capaces de dar respuesta a la pregunta de partida, las cuales fueron comparadas y organizadas de acuerdo con su semejanza a nivel de contenido y en ocho categorías empíricas, representadas en la tabla 1.

Tabla 1 – Descripción de los artículos seleccionados.

Nº	Título/objetivo	Autor	Método	Nivel	Año/País
1	<i>Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación.</i> Analizar el estado del conocimiento sobre el tema a partir de la literatura y determinar el efecto del refuerzo muscular del suelo pélvico en la incontinencia y en el trabajo de parto.	Rodriguez RM Peláez M Barakat R	Revisión Sistemática	I	2012/España
2	<i>Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial.</i> Evaluar los efectos de un programa estructurado, de intensidad moderada de ejercicio físico, durante todo el embarazo, sobre el tipo de parto de una mujer.	Barakat R [et al.]	Estudio Randomizado	II	2012/España
3	<i>Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.</i> Evaluar el efecto que tiene el masaje perineal, realizado durante el periodo prenatal, en la incidencia del trauma perineal en el nacimiento.	Beckmann MM Stock OM	Revisión Sistemática	I	2013/ Australia
4	<i>Multicentre, open label study to evaluate the efficacy and tolerability of a gel (Elastolabo®) for the reduction of the incidence of perineal traumas during labour and related complications in the postpartum period.</i> Evaluar la eficacia y la tolerancia del Elastolabo® en la reducción de la incidencia de traumas perineales durante el parto y de complicaciones relacionadas en el periodo posparto.	Reggiardo G. Fasani R. Mignini F.	Estudio Randomizado	II	2012/ Italia
5	<i>Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma</i> Evaluar el efecto de las técnicas de manipulación del perineo durante el segundo periodo del trabajo de parto sobre la incidencia del trauma perineal	Aasheim V [et al.]	Revisión Sistemática	I	2012/Noruega
6	<i>Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma</i> Evaluar los efectos de un método alternativo de nacimiento en comparación con el parto vaginal asistido y el trauma perineal.	Walker C [et al.]	Estudio Randomizado	II	2012/España
7	<i>Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study.</i> Determinar los efectos de las técnicas del pujo sobre la madre y el feto.	Yildirim G Beji NK	Estudio Randomizado	II	2008/ Turquía
8	<i>The effects of perineal management techniques on labor complications</i> Comparar los efectos de las técnicas de manipulación del perineo (técnica <i>hands-off</i> , maniobra de Ritgen y masaje perineal usando un lubricante durante el parto) en comparación con las complicaciones del parto.	Fahami F Shokoohi Z Kianpour M	Estudio Randomizado	II	2012/Irán
9	<i>Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial.</i> Determinar los efectos de la aplicación de gasas calientes en el perineo en el trauma perineal y el confort materno durante la segunda fase del trabajo de parto.	Dahlen H [et al.]	Estudio Randomizado	II	2007/Australia
10	<i>Reducing perineal trauma through perineal massage with Vaseline in second stage of labor.</i> Examinar los efectos del masaje perineal con vaselina en el trauma perineal – tasa de episiotomía y/u otros procedimientos, tasa de laceración perineal.	Geranmayeh M [et al.]	Estudio Randomizado	II	2011/Irán
11	<i>Modified Ritgen's Maneuver for Anal Sphincter Injury at Delivery: A Randomized Controlled Trial</i> Investigar si la maniobra de Ritgen disminuye el riesgo de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado en comparación con el apoyo perineal simple.	Jönsson E [et al.]	Estudio Randomizado	II	2008/USA
12	<i>Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por Enfermeiros Obstetras em ambiente hospitalar.</i> Analizar la existencia de episiotomía y su relación con la paridad de las mujeres asistidas por enfermeros obstetras de una maternidad pública de Rio de Janeiro.	Figueiredo GS [et al.]	Estudio Comparativo Retrospectivo	III	2011/Brasil
13	<i>Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery.</i> Evaluar los factores de riesgo y las razones expresadas por la matrona para realizar una episiotomía y la asociación entre la técnica y grado de laceraciones .	Wu LC [et al.]	Estudio Comparativo Retrospectivo	III	2013/Singapura
14	<i>Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour.</i> Analizar la evidencia actual para darse cuenta de las contribuciones para reducir el trauma perineal	Moore and Moorhead	Revisión Sistemática	I	2013/ Inglaterra

Ejercicio físico durante el embarazo

Las respuestas fisiológicas al ejercicio moderado durante el embarazo están generalmente mejoradas en comparación con el embarazo sin ejercicio. Por consiguiente, los niveles de captación de oxígeno, de la frecuencia cardíaca, del volumen sistólico y del débito cardíaco, entre otros, se encuentran mejorados, siendo beneficiosos para la madre y para el feto. Las mujeres embarazadas saludables, sin contraindicaciones para el ejercicio, deben ser incentivadas a practicar ejercicio físico

regularmente, con acompañamiento profesional específico, que oriente la prescripción de ejercicios durante el embarazo y en el posparto⁶.

Cuando se realiza regularmente ejercicio físico durante el embarazo, este puede reducir el malestar abdominal y el estreñimiento, así como ayudar a la mujer a dormir mejor y a mantener el control del aumento ponderal, evitando el exceso de peso, la diabetes gestacional y la depresión. Ejercicios como el Pilates permiten mantener el tono muscular abdominal, lo que ayuda a apoyar el crecimiento del abdomen a lo largo del embarazo, así como a aumentar la capacidad de empujar durante el periodo expulsivo⁷. La confirmación de estos datos sugiere importantes beneficios, no sólo para la evolución del embarazo, sino también en la evolución y resultados del trabajo de parto. Recientemente, el ejercicio físico durante el embarazo ha sido asociado a efectos positivos en el fortalecimiento de la musculatura pélvica y, consecuentemente, a resultados positivos en el embarazo y evolución del trabajo de parto. En diversos estudios se concluye que existe una menor incidencia de periodos expulsivos prolongados, de la práctica de la episiotomía y de la presentación de nalgas en mujeres que realizaron ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica durante el embarazo⁸.

Estos datos concuerdan con anteriores estudios comparativos sobre los efectos de los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica en tres grupos: un grupo de mujeres que realizó ejercicio físico menos de una vez por semana; otro grupo que lo realizó una o dos veces por semana, y otro mínimo tres veces por semana. Los resultados revelaron una menor incidencia de laceración, de episiotomía, de parto instrumentado y de cesárea en el grupo de mujeres que realizó ejercicios de fortalecimiento pélvico como mínimo tres veces por semana, con lo que se comprueba la importancia de la regularidad del ejercicio⁹.

También destacan los estudios que buscan relacionar los efectos del ejercicio físico durante el embarazo con el tipo de parto, que señalan un porcentaje de cesáreas y partos instrumentados más bajo en las embarazadas que realizaron ejercicio físico. Basándonos en estos resultados, un programa de ejercicio supervisado de intensidad moderada, realizado durante todo el embarazo, puede ser recomendado en mujeres saludables¹⁰.

Masaje perineal durante el embarazo

El trauma perineal, tras el parto vaginal, ha sido asociado a una morbilidad significativa a corto y largo plazo, por lo que el masaje perineal durante el periodo prenatal ha sido propuesto como un método en la disminución de su incidencia. Por lo tanto, esta técnica durante el periodo prenatal ha sido asociada a una reducción global de la incidencia del trauma perineal que requiere sutura, concluyéndose que las mujeres que practicaban el masaje eran menos propensas a la práctica de la episiotomía, principalmente las primíparas¹¹.

El masaje perineal permite preparar los tejidos perineales para el parto, aumentando su elasticidad y disminuyendo su resistencia durante la distensión. En su realización, el uso del gel lubricante, compuesto por ingredientes con propiedades relajantes, permite la mejoría de la elasticidad y de la extensibilidad de la piel y de los músculos del perineo de las mujeres embarazadas, obteniendo como resultado la reducción del riesgo del trauma perineal. En este sentido, se verifica una reducción en el porcentaje de episiotomías y laceraciones durante el parto y sus complicaciones posteriores, principalmente el dolor perineal en el posparto, por lo que debe ser incluido en la

preparación para el parto, proporcionando información a la mujer sobre sus beneficios y sobre la técnica de realización¹².

Posición materna

La posición materna surge como una ayuda para el éxito del trabajo de parto, siendo importante su evaluación por parte de los profesionales sanitarios, así como en el confort de la parturiente, dado que interfiere con sus adaptaciones anatómicas y fisiológicas durante el trabajo de parto. Los cambios frecuentes de posición alivian el cansancio, aumentan el confort y mejoran la circulación, por lo que la mujer durante el trabajo de parto debe ser incentivada a adoptar las posiciones que considere más confortables¹³.

Comprendemos fácilmente que el cambio de posición durante el trabajo de parto contribuye a un mayor confort materno. No obstante, y a nivel de resultados del trabajo de parto, ¿podrá la posición materna influenciar en las posibilidades de mantener el perineo íntegro?

En estos estudios comparativos, en las mujeres que fueron incentivadas a seguir un protocolo de cambios posturales mientras efectuaban esfuerzos expulsivos espontáneos y que adoptaron la posición de decúbito lateral durante la expulsión fetal, se observó una reducción significativa del parto instrumentado y de la tasa de la práctica de la episiotomía, lo que aumentó significativamente la tasa de perineo intacto. Se concluye por consiguiente que, una combinación de cambios posturales durante la fase pasiva del segundo periodo de trabajo de parto y el uso de la posición de decúbito lateral durante la fase activa del periodo expulsivo (incentivando solamente el pujo espontáneo), están asociadas a la reducción de las tasas de parto instrumentado y de trauma perineal¹⁴.

Tirón espontáneo

En un estudio randomizado donde fueron comparados grupos de mujeres incentivadas al tirón espontáneo (mantener la glotis abierta) con grupos de mujeres incentivadas a realizar la maniobra de Valsalva (mantener la glotis cerrada, y empujar durante el máximo de tiempo), se concluye que la segunda fase del trabajo de parto y la duración del periodo expulsivo fueron significativamente más largos en el grupo incentivado a realizar la maniobra de Valsalva. En lo concerniente a la incidencia de la práctica de episiotomía, laceraciones perineales o hemorragia posparto, las diferencias no fueron significativas. Los resultados neonatales se revelaron más favorables en el grupo de tirón espontáneo, con mejores índices de Apgar al primer y quinto minutos y con mejores niveles de pH y PO₂ de la arteria umbilical. Por lo tanto, se concluye que el tirón espontáneo contribuye en la obtención de mejores resultados neonatales, por lo que es beneficioso educar a las mujeres sobre la técnica del puxo espontáneo y apoyarlas en su realización¹⁵.

Maniobra de Ritgen

La maniobra de Ritgen es un procedimiento obstétrico que ayuda a la extracción del feto (favorece la flexión de la cabeza y facilita su salida) y evita la expulsión violenta que puede ocasionar lesiones perineales¹⁶. Es también una maniobra preventiva de laceraciones del esfínter anal, siendo realizada en los intervalos entre las contracciones uterinas. Sin embargo, en los estudios de Jönsson *et al.*¹⁶ fue usada la

maniobra en su versión modificada, la cual consiste en su realización durante la contracción uterina en vez de entre las contracciones. Su objetivo consistió en investigar si la maniobra de Ritgen modificada disminuía el riesgo de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, comparativamente con el apoyo perineal simple. Los resultados evidenciaron que la tasa de laceraciones de tercer y cuarto grado fue de 5.5% (n = 38) en mujeres a las que se les realizó la maniobra de Ritgen y de 4,4% (n = 32) en las que se le realizó el apoyo perineal simple. Por lo tanto, se concluye que la maniobra de Ritgen modificada no disminuye el riesgo de lesión del esfínter anal durante el periodo expulsivo, al menos no cuando es realizada durante la contracción¹⁶.

Restricción de la manipulación del perineo

En estudios randomizados que compararon grupos de mujeres sometidas a la maniobra de Ritgen, a la técnica de restricción de la manipulación perineal o al masaje perineal, se concluyó que la prevalencia de laceraciones en el grupo sometido a la maniobra de Ritgen fue superior a la de los otros dos grupos, y que esta se encuentra asociada a un aumento del grado de gravedad de las laceraciones. No se verificaron diferencias significativas en la frecuencia de laceraciones en los grupos sometidos a la técnica *Hands-off* o al masaje perineal con lubricante. Se concluyó también que la frecuencia de dolor perineal tras el parto fue superior en el grupo sometido a la maniobra de Ritgen comparativamente con los otros dos grupos, entre los cuales, una vez más, no se verificaron diferencias significativas. Por consiguiente, la técnica de restricción de la manipulación del perineo fue asociada a una menor tasa de trauma perineal, y contribuyó en la vivencia del parto vaginal fisiológico asociado a una mayor satisfacción de la mujer¹⁷.

Más recientemente, con el fin de prevenir las lesiones perineales durante el parto, se desarrolló un dispositivo de protección perineal y se investigó su eficacia a través de un estudio aleatorizado y controlado, cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de laceraciones en el perineo y los efectos adversos para la mujer parturienta y recién nacido.

Los resultados mostraron que la incidencia de laceraciones de primer y segundo grado fue significativamente menor en el grupo de tratamiento comparado con el grupo control, donde no se utilizó el dispositivo. Además, en el grupo de intervención, el número de mujeres con el perineo intacto fue mayor (34,9 % vs 26,6 %) y no hubo efectos negativos en la madre o en el recién nacido, por lo que este dispositivo puede ser una contribución en la prevención de la lesión perineal durante el parto¹⁸.

Aplicación de calor (gasas calientes)

De acuerdo con estudios randomizados realizados con el objetivo de determinar los efectos de la aplicación de gasas calientes en el perineo sobre el trauma perineal y el confort materno durante la segunda fase del trabajo de parto, se concluyó que, a pesar de su efecto poco significativo en las laceraciones de primer y segundo grado y en la probabilidad de necesidad de sutura perineal, las mujeres del grupo de aplicación de gasas calientes tuvieron significativamente menos laceraciones de tercero y cuarto grados y presentaron resultados de dolor perineal significativamente más bajo, en el primer y segundo días posparto. Además, a los tres meses, estas eran significativamente menos propensas a tener incontinencia urinaria en comparación con las mujeres incluidas en el grupo de cuidados patrón. Por lo tanto,

esta práctica, simple y económica, debe estar asociada en la asistencia al segundo periodo del trabajo de parto¹⁹.

Masaje perineal durante el trabajo de parto

El masaje perineal ha sido asociado a ventajas como la reducción del estrés, el aumento de la circulación sanguínea y el alivio del dolor. Además, cuando los músculos del perineo que rodean al introito vaginal son fuertemente distendidos, la mujer sometida al masaje perineal con vaselina presenta una menor probabilidad de sufrir lesión perineal, ya que esta práctica contribuye al aumento de la elasticidad y suavidad de los tejidos, ayudando a la mujer a familiarizarse con las sensaciones de presión provocadas por la presentación fetal en el momento del parto.

En estudios realizados con el objetivo de verificar los efectos del masaje perineal con vaselina en el trauma perineal, tanto en la tasa de la práctica de episiotomía como en la tasa de laceración perineal, los resultados evidenciaron que la duración del segundo periodo del trabajo de parto fue significativamente menor, verificándose una mayor tasa de perineo intacto. En ningún caso se verificó la aparición de laceraciones de tercer o cuarto grado. En cuanto al trauma perineal, el masaje ha sido asociado a una disminución en la tasa de la práctica de episiotomía y a un aumento de la tasa de laceración de primer y segundo grado. Además, en el estudio de seguimiento hasta los 10 días posparto, el grupo de mujeres sometido al masaje no reveló ningún efecto secundario en la utilización de vaselina. Se concluye, por lo tanto, que el masaje perineal con vaselina en el segundo periodo del trabajo de parto, aumenta la integridad perineal y reduce el trauma del perineo (episiotomía y laceraciones). Por consiguiente, es recomendado como una forma efectiva de mantener el perineo intacto durante el parto²⁰.

Empoderamiento, apoyo y confianza

El bienestar del recién nacido depende de la capacidad de la madre para cuidar a su hijo, que puede estar influenciado por el dolor del trauma perineal, factor que puede impedir a la mujer llevar a cabo sus actividades diarias, interferir con el regreso a su medio familiar y su independencia, afectando su autoestima y confianza como madre, y pudiendo tener un impacto en la relación, la vinculación y la lactancia. Así, la matrona debe promover intervenciones eficaces, evitando la ocurrencia de experiencias negativas²¹. Por lo tanto, es responsabilidad de la matrona planificar intervenciones apropiadas para cada mujer, y promover su participación en la toma de decisiones relacionadas experiencia de parto (empoderamiento), lo cual no es siempre el caso.

Thompson e Miller²² examinaron la participación de mujeres en el proceso de toma de decisiones durante el embarazo y el parto. Los resultados mostraron que 60% de las mujeres propuestas para parto vaginal no habían sido informadas sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos que han experimentado y 34% de las mujeres sometidas a la episiotomía no fueron consultadas en la toma de decisión, lo que demuestra la necesidad urgente de intervención y provisión de información.

Así, el empoderamiento de la mujer es un proceso que debe ser activado durante las sesiones preparatorias para el parto, garantizando que las mujeres son proactivas en este proceso.²¹

Por lo tanto, la matrona tiene la responsabilidad de empoderar las mujeres, motivando la confianza en su cuerpo y su capacidad para cumplir con el trabajo de parto, que es un proceso natural y fisiológico y una experiencia tan única en la vida de las mujeres. La mujer también debe estar preparada para confiar en la matrona como profesional competente para ayudar en la progresión del parto²¹.

CONSIDERACIONES FINALES

Las intervenciones de la matrona en la prevención del trauma perineal, sobre todo en la práctica de la episiotomía, empiezan a partir del inicio del embarazo, en el ámbito de la consulta de vigilancia prenatal. De este modo, la mujer debe ser incentivada a mantener o a iniciar la práctica regular de ejercicio físico de intensidad moderada acompañada de un profesional, basado en la prescripción de los ejercicios físicos, teniendo en cuenta los síntomas, las molestias y la capacidad física inherentes al embarazo. El programa de ejercicio para la embarazada debe ser dinámico y regular, realizado como mínimo tres veces por semana y preferentemente todos los días durante por lo menos 15 minutos, los cuales deben gradualmente ir aumentando hasta los 30 minutos, con el objetivo de completar un mínimo de 150 minutos de actividad física semanal⁶.

La importancia del ejercicio físico se refleja en la salud durante el embarazo y el trabajo de parto, ya que contribuye en el aumento del tono muscular abdominal y en la consecuente capacidad de empujar de forma eficaz y en el fortalecimiento de la musculatura pélvica, contribuyendo así en la reducción del tiempo del periodo expulsivo y de la práctica de la episiotomía, así como del parto instrumentalizado y cesárea⁶⁻¹⁰.

Durante el embarazo, en el ámbito de la preparación para el parto, generalmente después de las 28-30 semanas de gestación, hay intervenciones de la matrona que son susceptibles de prevenir la práctica de la episiotomía. Estas incluyen la promoción y la enseñanza del masaje del perineo, poner a disposición información sobre sus beneficios y sobre la técnica de realización, debido a que esta ha sido asociada a la disminución del trauma del perineo, principalmente a la práctica de la episiotomía, así como a la reducción del dolor perineal después del parto. En su realización, es relevante el uso del gel lubricante, cuyas propiedades benefician la elasticidad y la extensibilidad perineal¹¹⁻¹².

Durante el trabajo de parto, el cambio de postura de la parturiente durante la fase latente del periodo expulsivo y el uso de la posición de decúbito lateral durante la fase activa del segundo periodo ha sido asociada a la reducción de las tasas de parto instrumentalizado y del trauma perineal, por lo que debe ser promovida e incentivada¹⁴. A estas intervenciones, se puede añadir el beneficio de educar/empoderar a las mujeres sobre el tirón espontáneo, y apoyarlas en su ejecución, debido a que esta técnica contribuye en la reducción de la segunda etapa del trabajo de parto y de la disminución de la instrumentalización, así como en la obtención de mejores resultados neonatales¹⁵.

La técnica de restricción de la manipulación del perineo, ha sido asociada a una menor tasa de complicaciones, tales como laceraciones perineales y dolor posparto¹⁷. La aplicación de gasas calientes en el perineo reduce significativamente las laceraciones de tercer y cuarto grado y el dolor durante el trabajo de parto, así como en el primer y segundo día posparto y también tiene beneficios en la incontinencia

urinaria, por lo que debe ser asociada en la asistencia a este periodo del trabajo de parto¹⁹.

El masaje del perineo con vaselina durante la segunda fase del trabajo de parto no solo reduce la duración de la misma, sino que también aumenta las posibilidades de preservar el perineo, principalmente por la reducción de la frecuencia de la episiotomía, siendo por ello una intervención pertinente en la práctica de la matrona²⁰. En cuanto a la maniobra de *Ritgen*, se concluye que su versión modificada no disminuye el riesgo de laceración de tercer y cuarto grado, al menos no cuando es realizada durante la contracción uterina, lo que no significa que su versión original, realizada entre las contracciones no lo pueda hacer. Este hecho determina que todavía es necesaria la producción de más evidencia sobre esta cuestión¹⁶.

Constatamos que los estudios implicados en la revisión integrativa defienden, en conformidad con las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, un trabajo de parto realizado de la forma más natural posible, así como una reducción de la intervención y una limitación de la instrumentalización ya que esta se considera promotora de las posibilidades de que ocurra el trauma perineal.

En respuesta a la cuestión inicial, teniendo en consideración la búsqueda efectuada, consideramos que la intervención de la matrona en la prevención del trauma perineal, debe atender a un conjunto secuencial de intervenciones: (1) Incentivar el inicio o la manutención del ejercicio físico moderado, como mínimo tres veces por semana, desde que se constata el embarazo; (2) Educar e incentivar a la mujer en la realización del masaje perineal, desde la 30ª semana de embarazo; (3) Promover el cambio de posturas durante el trabajo de parto, siendo posible caminar; (4) Incentivar y apoyar a la mujer a la realización del tirón espontáneo durante el periodo expulsivo; (5) Promover la restricción de la manipulación del perineo, permitiendo la adaptación lenta y gradual de los tejidos a la presentación fetal; (6) Proceder a la aplicación de gasas calientes en el perineo durante el segundo periodo del trabajo de parto; (7) Efectuar el masaje perineal suave usando un lubricante; (8) Preferir el apoyo perineal simple en el momento de la aplicación de la maniobra de *Ritgen*, en beneficio de su versión modificada, más intervencionista; (9) Promover el empoderamiento de las mujeres, las habilidades necesarias para la toma de decisión sobre su parto y proporcionar el apoyo y la confianza necesaria.

Estas intervenciones son señaladas por la evidencia actual como una contribución en la prevención del trauma perineal durante el trabajo de parto, principalmente en la práctica de la episiotomía. No obstante, su aplicación en la práctica de la matrona, exige la disponibilidad de más evidencia, así como una efectiva divulgación de sus resultados, conjuntamente con los equipos multidisciplinares y de la comunidad, presentando los beneficios en salud que tiene para la mujer y para la humanización de los cuidados, por ellos representados.

Los presentes resultados revelan preocupaciones en humanizar la experiencia del parto experimentado por la mujer, incentivándola al autoconocimiento y el autocontrol de su cuerpo y de sus capacidades, mediante técnicas más naturales, contribuyendo así a una vida posparto más feliz³.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial de Saúde, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático – Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.
2. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2007; 29(1):1-2.
3. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Proganti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. Rev. enferm. UERJ. 2011;19(2):181-5.
4. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39(3): 288-95.
5. Mendes KDSM, Silveira RCCPS e Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-764.
6. American College of Sports Medicine - Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Baltimore: The Point; 2010.
7. Schlosberg S. Fear not the gym. Fit Pregnancy. 2012; Aug/Sep: 50-53.
8. Rodríguez RM; Peláez M, Barakat R. Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación. Suelo Pélvico. 2012; 8(2): 39-43.
9. Bo K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. Obstet Gynecol. 2009; 113(6):1279–84.
10. Barakat R, Pelaez M, Lopez C, Montejo R, Coteron J. Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 25(11): 2372-2376.
11. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 30(4): CD005123.
12. Reggiardo G, Fasani R, Mignini F. Multicentre, open label study to evaluate the efficacy and tolerability of a gel (Elastolabo) for the reduction of incidence of perineal traumas during labour and related complications in the postpartum period. Trends Med. 2012, 12(3):143-149.
13. Lowdermilk DL, Perry SE. Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Loures: Lusodidacta; 2008.
14. Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, Espuña-Pons M. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. Int Urogynecol J. 2012; 23(9):1249-1256.
15. Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth. 2008; 35(1):25-30.
16. Jönsson ER, Elfaghi I, Rydhström H, Herbst A. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008; 112(2):212-217.
17. Fahami F, Shokoohi Z, Kianpour M. The effects of perineal management techniques on labor complications. Iran J Nurs Midwifery Res. 2012; 17(1):52-57.
18. Lavesson T, Griph ID, Skärvad A, Karlsson AS, Nilsson H, Steinvall M, Haadem K. A perineal protection device designed to protect the perineum during labor: a multicenter randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 181:10–14
19. 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.

20. Geranmayeh M, Rezaei Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. Arch Gynecol Obstet. 2012; 285(1):77-81.
21. Moore E, Moorhead C. Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. Br J Midwifery. 2013; 21(9):616-620.
22. Thompson R, Miller Y. Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:62

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia