



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Efectividad del masaje perineal durante el embarazo como prevención del
daño perineal en el parto**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Agustina Suburú

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodríguez

Montevideo, Agosto 2020

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que siempre me acompañaron y guiaron, quienes me enseñaron el valor de superarnos y estudiar.

A Carolina, mi hermana, mi compañera en la vida.

A Felipe, mi pareja, quien siempre me motivó para que cumpliera mi meta dándome su apoyo constante.

Mis amigas, que me dio la facultad, con las cuales vivimos durante estos años diversos momentos que quedaran grabados para siempre.

Mis amigas de la vida por escucharme y apoyarme siempre

A Kety Rodriguez mi tutora en este trabajo, pero quien también me enseñó el valor de la partería.

A Fernanda mi cotutora quien siempre se mostró dispuesta a ayudarme y guiarme durante este trabajo.

A todas las parteras que pasaron durante estos años por mi camino, de las cuales me llevo algo de cada una para sumar a mi experiencia profesional.

A la Escuela de Parteras, por formarnos y seguir en la lucha constante para mejorar nuestras condiciones profesionales.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	13
METODOLOGÍA.....	14
CAPÍTULO I: PERFIL Y COMPETENCIAS DE LA OBSTETRA PARTERA.....	15
CAPÍTULO II: SALUD PÚBLICA.....	18
Salud.....	19
Promoción de salud.....	19
Prevención de la enfermedad.....	19
Educación para la salud.....	20
CAPÍTULO III: PÉLVIS ÓSEA.....	22
Estrecho superior.....	26

Estrecho medio.....	27
Estrecho inferior.....	28
CAPÍTULO IV: ÓRGANOS PÉLVICOS.....	29
Genitales externos.....	30
Genitales internos.....	37
CAPITULO V: SUELO MUSCULAR PÉLVICO.....	38
El diafragma pélvico.....	39
El periné.....	41
Inervación.....	44
Vascularización.....	45
Periné y el embarazo.....	46
Periné y el parto.....	46
CAPÍTULO VI: ETAPAS DEL PARTO.....	49
Período dilatante.....	50
Período expulsivo.....	50
Alumbramiento.....	51
CAPÍTULO VII: TRAUMA PERINEAL DE ORIGEN OBSTÉTRICO.....	52
Desgarros obstétricos.....	53
Episiotomía.....	61
CAPÍTULO VIII: FACTORES DE RIESGO PARA DAÑO PERINEAL.....	65
CAPÍTULO IX: COMPLICACIONES DEL DAÑO PERINEAL.....	69

Complicaciones inmediatas.....	70
Complicaciones tardías.....	71
CAPÍTULO X: PREVENCIÓN DEL DAÑO PERINEAL.....	73
Durante el embarazo.....	74
Durante el parto.....	75
CAPÍTULO XI: MASAJE PERINEAL.....	80
Modo de realización.....	81
Contraindicaciones.....	85
Apreciación de las mujeres.....	85
Dispositivo complementario.....	86
Eficacia.....	90
CONSIDERACIONES FINALES.....	94
BIBLIOGRAFÍA.....	97

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo, a través de la revisión bibliográfica documentar sobre el masaje perineal, sus beneficios, eficacia y posibles técnicas disponibles.

Para cumplir con los objetivos planteados se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales plataformas científicas, incluyendo investigaciones realizadas en América, Europa, Asia y África, desde el año 1997 al 2018. Se seleccionaron las investigaciones más adecuadas para el propósito de este trabajo.

Se realizó una detallada exposición de las técnicas de masaje perineal, visión de las mujeres y la utilización de un dispositivo complementario.

Según los objetivos propuestos, puedo concluir que la realización del masaje perineal a partir de las 34-35 semanas de embarazo se vincula con una reducción de la incidencia de traumatismo perineal.

Se puede atribuir que la disminución en la incidencia de daño en el periné se vincule en gran medida con la disminución en la realización de la episiotomía.

Mis recomendaciones basadas en evidencia consultada es que deberíamos comenzar a fomentar la práctica de masaje perineal durante el embarazo a las mujeres que concurren al control obstétrico o a clases de preparación para el parto.

Por lo que fue posible describir la mayoría de las mujeres que realizaron el masaje en su embarazo lo recomendarían a otras mujeres y lo volverían a practicarlo, refiriéndose al masaje como una práctica agradable

Palabras claves: masaje perineal, prevención del daño perineal, periné y embarazo, periné y el parto, elevador del ano.

ABSTRACT

The present work aims, through the bibliographic review, to document about perineal massage, its benefits, efficacy and possible available techniques.

To meet the stated objectives, a bibliographic search was carried out on the main scientific platforms, including research carried out in America, Europe, Asia and Africa, from 1997 to 2018. The most appropriate research was selected for the purpose of this work.

A detailed exposition of perineal massage techniques, women's vision and the use of a complementary device was made.

According to the proposed objectives, I can conclude that performing perineal massage from 34-35 weeks of pregnancy is associated with a reduction in the incidence of perineal trauma.

It can be attributed that the decrease in the incidence of damage to the perineum is largely linked to the decrease in the performance of the episiotomy.

My recommendations based on proven evidence is that we should start to promote the practice of perineal massage during pregnancy for women who attend obstetric control or classes for preparing for childbirth.

So, it was possible to describe most of the women who did the massage in their pregnancy would recommend it to other women and would do it again, referring to the massage as a nice practice

Key words: perineal massage, prevention of perineal damage, perineum and pregnancy, perineum and childbirth, elevator ani.

INTRODUCCIÓN

Evitar el daño perineal es uno de los objetivos de las parteras durante el parto vaginal.

El daño perineal espontáneo o por episiotomía es un tema de vital importancia ya que éste se vincula con un aumento de la morbilidad materna comprometiendo así su calidad de vida, no solo física, sino que también de manera psicológica.

El daño perineal se asocia con morbilidad a corto y a largo plazo. La mayor parte de las mujeres luego del parto presentan dolor perineal o malestar en los primeros días y algunas continúan con el dolor a los 3 meses postparto. (Beckmann & Garrett, 2008)

El parto vaginal es el principal factor de riesgo para el daño perineal, es posible que esto sea el causante del gran número de cesáreas solicitadas por las mujeres. (Beckmann & Garrett, 2008)

Dado que el parto es un factor el cual no podemos modificar, es que cobra importancia las actividades de prevención, para así disminuir al máximo la probabilidad de daño.

Existen diversas opiniones acerca de la utilización del masaje perineal durante el embarazo como prevención del daño perineal en el parto, se ha propuesto que esta técnica aumenta la flexibilidad de los músculos del periné provocando una reducción en la resistencia muscular lo cual

permite que el periné se distienda durante el parto sin producirse desgarros o la necesidad de realizar episiotomía. (Beckmann & Garrett, 2008)

OBJETIVOS

El objetivo general:

- Analizar la evidencia disponible sobre la efectividad del masaje perineal durante el embarazo como prevención del daño perineal en el parto.

Objetivos específicos:

- Distinguir la prevalencia de lesiones perineales en mujeres que hicieron uso de técnicas de masaje perineal y las que no.
- Explicar las diferentes técnicas de realización y las más usadas.
- Comprender si el masaje perineal reduce la incidencia de desgarros de diferente grado de presentación.
- Reconocer si disminuye la incidencia de episiotomía
- Conocer si aminora el dolor perineal postparto

METODOLOGÍA

Para poder concretar los objetivos mencionados, realizare una monografía a través de una revisión bibliográfica.

Se incluyeron investigaciones, estudios, revisiones, artículos académicos presentes en las diferentes plataformas disponibles como Cochrane, Scielo, Google académico, Pub Med, Elsevier.

Las investigaciones incluidas en esta monografía fueron realizadas en América, Europa, Asia y África, desde el año 1997 al 2018. Se seleccionaron las investigaciones más adecuadas para el propósito de este trabajo.

CAPITULO I:

PERFIL Y COMPETENCIAS
DE LA OBTETRA PARTERA

Dentro del territorio uruguayo, la/el Obstetra Partera/o es la persona que, habiendo culminado sus estudios correspondientes en la Escuela de Parteras de la Universidad de la República, ha obtenido el título que le permitirá ejercer dentro del territorio de forma libre, en instituciones públicas o privadas.

Está habilitada/o para desarrollarse dentro de actividades de prevención, educación investigación, administrativas y docencia

Es el profesional competente y calificado para acompañar a la mujer a lo largo de su vida, en particular a la asistencia en Salud Sexual y Reproductiva.

Ejerce actividades de promoción de salud dirigidos a las mujeres su familia y comunidad.

Realiza prevención, diagnóstico y rehabilitación de patologías.

Presta asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal y así mismo en casos de emergencia.

Desde el punto de vista ético, deberá respetar los derechos de la mujer, de la diversidad cultural y de género. Prestando una atención integral en aspectos Biopsicosocial.

Será capaz de trabajar de forma individual o en equipo y saber cuándo se exceden sus competencias derivando al profesional competente en ese caso.

Se mantendrá actualizada/o, basando sus prácticas en las mejores recomendaciones científicas.

Mantendrá el secreto profesional, respetando así la confidencialidad de los pacientes.

Deberá rehusarse a participar en actividades que dañe su moral o creencias, pero siempre respetando el derecho a ofrecer el servicio esencial de salud. (Escuela de Parteras)

CAPÍTULO II

SALUD PÚBLICA

Definición de salud:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Promoción de salud:

La promoción de salud es una iniciativa la cual fue propuesta en Ottawa, en 1986, donde fue posible definirla como:

“el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”

Esta iniciativa se centra en proporcionar los medios que permitan a la población desarrollar al máximo su salud. Para esto es necesario garantizar el acceso a la información.

Las personas podrán alcanzar su potencial en salud cuando sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su salud. (OMS, 1998)

Prevención de la enfermedad:

“La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. (OMS, 1998)

Es posible distinguir 3 niveles de prevención:

- La prevención primaria: el propósito es evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia mediante el control de los factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de una enfermedad.
- Prevención secundaria: actúa en la detección precoz de una enfermedad ya establecida y en el tratamiento oportuno
- Prevención terciaria: la acción en este nivel es realizar la recuperación integral. Es necesario realizar un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación física adecuada y de ser necesario actuar en contención psicológica y social en caso de que la enfermedad conlleve invalidez o secuelas. (Vignolo et al, 2011)

Educación para la salud:

La OMS lo define como:” *La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”*

La educación para la salud es un concepto el cual abarca no solo el proporcionar información, sino que también fomentar la motivación para que las personas logren adaptar habilidades que conlleven la mejora en la salud.

En cuanto al rol de la partera en las actividades de prevención y educación, dentro del reglamento del ejercicio de la profesión se establece que:

“Artículo 5.- Es también función y competencia de la Partera realizar tareas de educación para la salud integral de la gestante, la familia y la comunidad, fortaleciendo, por lo tanto, lo que hace, a la Atención

Primaria de Salud, en la promoción, prevención e investigación.” (IMPO, 2007)

Si enfocamos la información detallada con anterioridad a la actividad de la partera en cuanto a la prevención del daño perineal, vemos la importancia de actuar durante el embarazo, realizando prevención primaria, enfocándonos durante los controles obstétricos a identificar factores de riesgo para el daño perineal, realizando actividades de promoción de salud fomentando los hábitos saludables durante el embarazo, ejercicio, nutrición, etc. Y educando en salud durante clases de parto o en las consultas, aportado información a la mujer y su pareja para la toma de decisiones consientes, para que puedan ser participes en el proceso, sintiéndose empoderados.

CAPÍTULO III
PELVIS ÓSEA

La pelvis ósea está formada por 4 huesos principales, estos huesos se unen formando un anillo, también llamada cintura pélvica. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010)

Hacia adelante y hacia los lados encontramos los huesos coxales o ilíacos. Por detrás se visualizan el sacro y el cóccix. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010) (ver imagen 1)

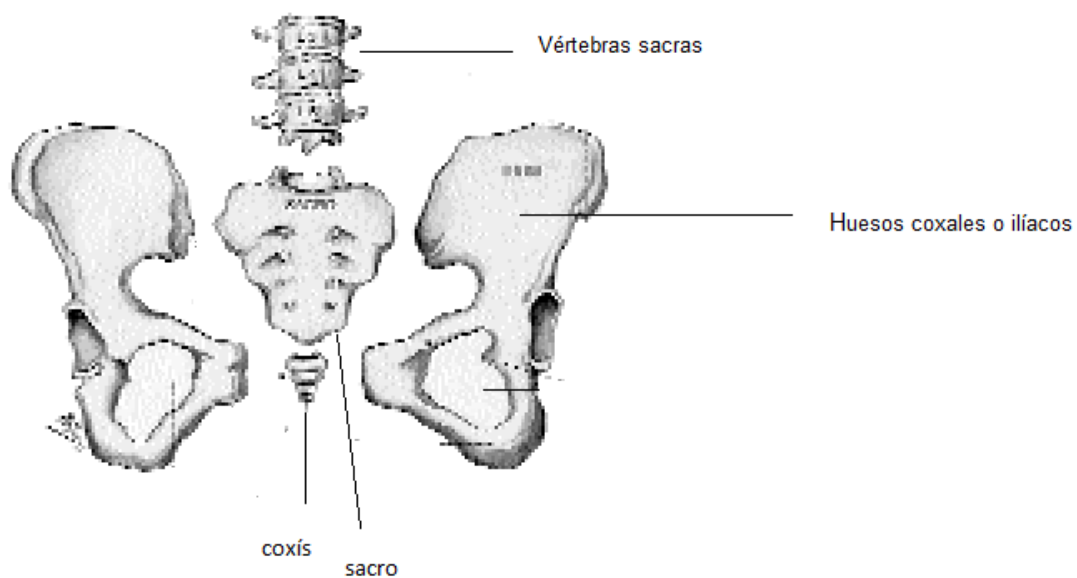


Imagen 1: pelvis ósea

Extraído: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_08.pdf .

Consultada 25/4/20

El sacro se forma por 5 vértebras de las cuales hay una de ellas que es más prominente, llamada promontorio.

El cóccix es la fusión de 4-5 vértebras.

En los huesos ilíacos o coxales, en su parte superior se encuentra la cresta ilíaca, hacia adelante termina en la espina ilíaca anterosuperior y por detrás en la espina ilíaca posterosuperior.

Los huesos Ilíacos o coxales se unen en la parte anterior a través de la sínfisis del pubis este es un fibrocartílago que se forma por la unión del pubis derecho e izquierdo. Posterior se unen al sacro a través de la articulación sacro- iliaca.

Posterior y hacia abajo encontramos una prominencia llamada isquion. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010) (ver imagen 2)

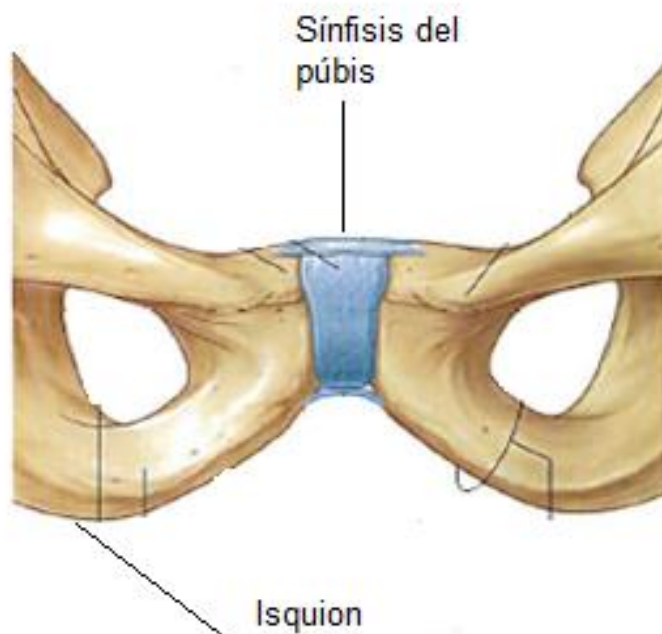


Imagen 2: Sínfisis del pubis e isquion

Extraído: <http://anatomiaug.blogspot.com/2010/03/pelvis-por-diana-m-ayala.html>

Consultada: 25/4/20

Relajación de las articulaciones pélvicas:

Durante el embarazo a causa de un aumento hormonal, se produce una relajación en las articulaciones de la sínfisis del pubis y a nivel sacroilíaca. Fue posible observar que comienza en la primera mitad del embarazo y se acentúa en el último trimestre y revierte dentro de las 3 a 5 meses posparto.

La relajación de la articulación sacroilíaca permite su desplazamiento durante el parto, de aquí la importancia de permitir a la mujer adoptar otras posiciones, para así facilitar su desplazamiento, lo que permite un aumento del diámetro de 1,5 a 2,0 cm. (Cunningham et al, 2010)

Estrechos de la pelvis:

En la pelvis femenina se describen zonas llamadas estrechos (ver imagen 3), los cuales se diferencian para su estudio. Estos presentan diferenciaciones según cada mujer, pudiéndose adaptar para el momento del parto. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010)

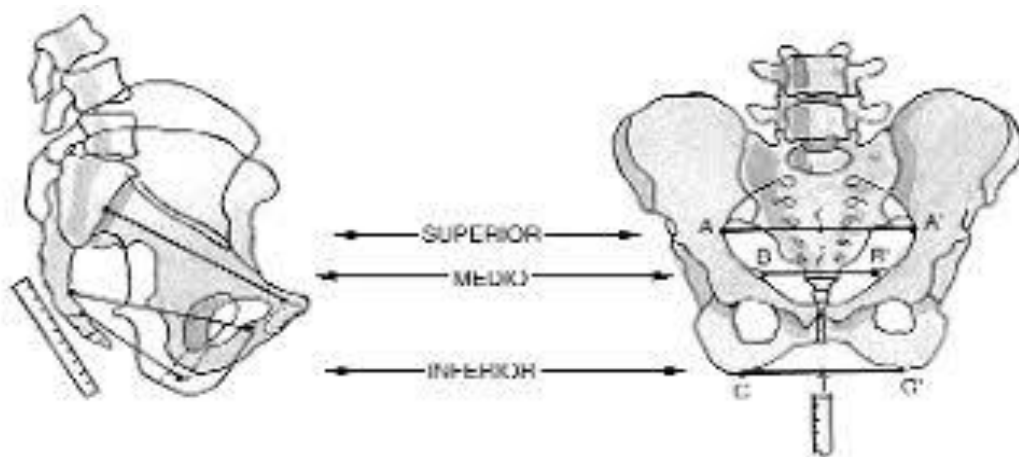


Imagen 3: Estrechos de la pelvis

Extraído:http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_08.pdf

Consultado: 25/4/20

Estrecho superior:

Limitado por las líneas innominadas (derecha e izquierda) y el promontorio. Éste estrecho divide a la pelvis en dos segmentos: pelvis mayor o falsa pelvis y pelvis menor o verdadera pelvis. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010)

- Pelvis mayor: Limita por detrás con las últimas vértebras lumbares, hacia lateral con las fosas iliacas, y anterior limita con la zona inferior de la pared abdominal anterior. Aquí se encuentran las vísceras abdominales. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010)
- Pelvis menor: Está limitada en la parte superior-posterior por las alas del sacro y el promontorio, superior-lateralmente limitada por las líneas innominada. Contiene útero, vejiga y recto los cuales están sostenidos por músculos denominados “suelo pélvico muscular” los cuales detallaremos más adelante. (Calais-Germain, 1998) (Saldarriaga & Artuz, 2010)

Diámetros:

Durante el parto, este estrecho será el primer obstáculo óseo que se la presente al feto. A partir de aquí, es que se denomina que la cabeza fetal se ha “encajado” en la pelvis. (Calais-Germain, 1998)

Anteroposterior: comienzan desde el promontorio del hueso sacro y terminan en puntos diferentes de la sínfisis púbica.

- Diámetro suprapúbico o conjugado verdadero: 11 cm.
- Diámetro retropúbico o conjugado obstétrico: 10.5 cm.
- Diámetro subpúbico o conjugado diagonal: 12 cm

Transversos: atraviesa la pelvis de un lado al otro desde la línea innominada hasta el punto opuesto del otro lado, en un punto intermedio entre la sincondrosis sacroilíaca y la eminencia ileopectínea. Mide aproximadamente 13,5 cm.

Oblicuo derecho e izquierdo: se presenta desde articulación sacroilíaca de un lado hasta la eminencia ileopectínea del lado opuesto y mide menos de 13 cm. (Saldarriaga & Artuz, 2010)

Estrecho medio:

Está formado en su parte anterior por la sínfisis púbica, posterior por el sacro a nivel S3-S4 y hacia lateral por las espinas ciáticas.

Este estrecho es importante ya que aquí se insertan los músculos más profundos del periné, más conocidos como diafragma pélvico (Calais-Germain, 1998)

Diámetros:

Durante el parto es donde se van a presentar las rotaciones, lo cual se produce previo al desprendimiento final. (Calais-Germain, 1998)

Diámetro interespinoso: se conoce como el menor diámetro de la pelvis, mide aproximadamente 10 cm.

Diámetro anteroposterior: se traza entre el borde inferior de la sínfisis púbica y la cuarta vértebra sacra, mide aproximadamente 11.5 cm (Saldarriaga & Artuz, 2010)

Estrecho inferior:

Se limita adelante por el borde inferior de la sínfisis del pubis, por detrás con el cóccix, y hacia lateral por los bordes inferiores de los isquiones y las ramas isquio-púbicas. Aquí se insertan los músculos superficiales del periné. (Calais-Germain, 1998)

Diámetros:

Es el plano donde se produce el desprendimiento.

Diámetro anteroposterior: se extiende desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la punta del coxis, mide aproximadamente entre 9 y 9.5. Durante el parto se produce la retropulsión del cóccix aumentando este diámetro a 11.5 cm

Diámetro bi-isquiático: entre los dos isquiones mide aproximadamente 11 cm.

Diámetro posterior sagital: desde la punta del sacro hasta una línea perpendicular imaginaria que une las tuberosidades isquiáticas, normalmente este es mayor a 7.5 cm (Saldarriaga & Artuz, 2010)

CAPÍTULO IV

ÓRGANOS PÉLVICOS

Genitales externos

La vulva incluye todos los genitales externos que son posible visualizar desde el exterior (ver imagen 4). Se encuentran desde el pubis hacia el periné. (Cunningham et al, 2010)

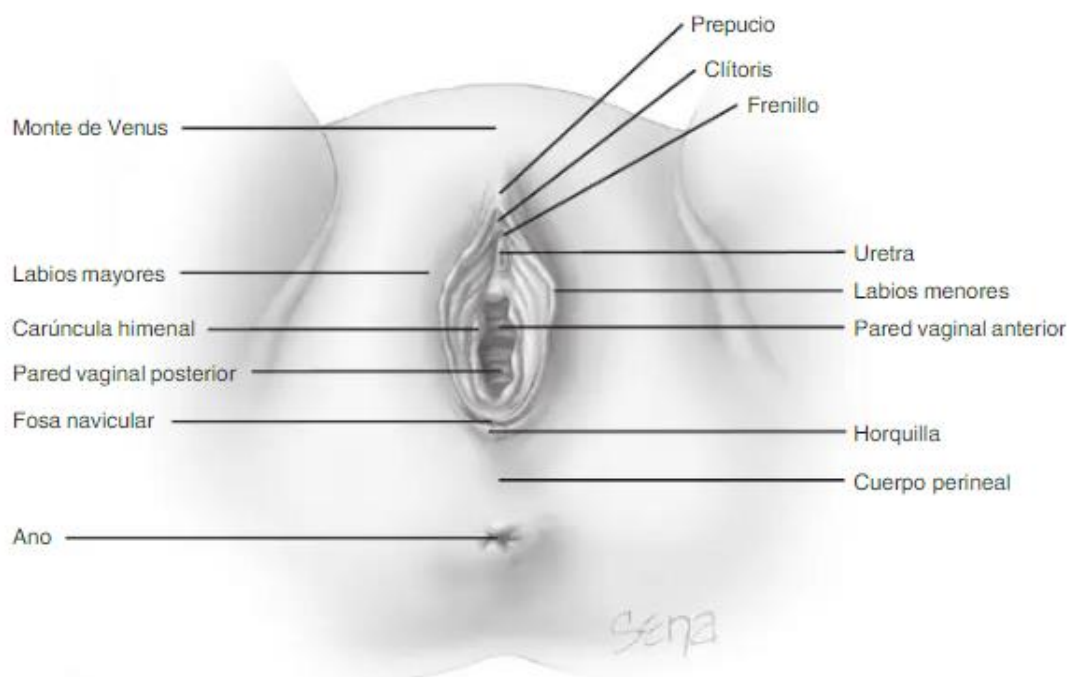


Imagen 4: Genitales externos
Extraído: Williams Obstetricia, 2010.
Consultado: 25/5/20

Monte de venus:

Prominencia adiposa la cual está recubierta de piel y vello. Recubre la sínfisis del pubis. Contiene glándulas sebáceas y sudoríparas. (Cunningham et al, 2010)

Labios mayores:

Son 2 pliegues fibro-adiposos recubiertos de piel, los cuales continúan desde el monte de venus y se extienden para unirse delante del ano en la horquilla o comisura posterior Tienen de 2 a 3 cm de ancho, 7 a 8 cm de longitud.

En su zona interna cuenta con glándulas sudoríparas, sebáceas y están en contacto con los labios menores.

En su superficie interna es húmeda, y en nulíparas tiene característica de membrana mucosa y en múltiparas es semejante a la piel.

Los labios mayores están vascularizados, presentan un plexo venoso. (Cunningham et al, 2010)

Labios menores:

Son dos repliegues de tejido plano, formado por epitelio escamoso estratificado. Se encuentran en medio de los labios mayores, separados por el surco interlabial. Por delante son dos pliegues que forman el capuchón del clítoris y los pliegues posteriores forman el frenillo del clítoris.

Se encuentran muy vascularizados e innervados, presentan múltiples terminaciones nerviosas, haciéndolos muy sensibles. (Asociación Española de Ginecología y Obstetricia) (Cunningham et al, 2010)

Clítoris:

Es el principal órgano erógeno de la mujer, es un órgano eréctil. Está compuesto por el glande, el cuerpo y dos pilares (cuerpo cavernoso).

El glande está ricamente innervado y se encuentra formado por células fusiformes y por epitelio plano estratificado.

El cuerpo del clítoris presenta dos cuerpos cavernosos, los cuales se extienden desde el cuerpo hacia lateral por debajo de las ramas isquio-púbicas y los músculos isquio-cavernosos.

La longitud total contando los cuerpos cavernosos es de 7-10 cm. (Asociación Española de Ginecología y Obstetricia) (Cunningham et al, 2010)

Vestíbulo:

Es un área que presenta seis perforaciones: vagina, uretra, los conductos de las glándulas de Bartholino y en ocasiones los conductos de las glándulas para-uretrales.

Está limitada lateralmente por los labios menores, en su parte superior por el clítoris, e inferior por la horquilla y hacia adentro por un surco que lo separa del himen. (Cunningham et al, 2010)

Glándulas vestibulares:

- Glándulas de Bartholino o glándulas vestibulares mayores, son dos glándulas acinosas, se encuentran a cada lado de la abertura de la vagina. Miden de 0,5 a 1 cm de diámetro y sus conductos tienen de 1,5 a 2 cm de longitud. Las glándulas de Bartholino reaccionan ante estímulos sexuales liberan sus secreciones.
- Glándulas para-uretrales: ramificaciones cuyos conductos desembocan en la cara inferior de la uretra. Los dos principales son llamados glándulas de Skene y sus conductos se abren cerca del meato uretral.
- Glándulas Vestibulares menores: se encuentran formadas por epitelio cilíndrico simple, son secretoras de mucina. (Cunningham et al, 2010)

Abertura Uretral:

Se encuentra en la línea media del vestíbulo. 1 a 1.5 cm detrás del arco del pubis, por arriba de la abertura vaginal. (Cunningham et al, 2010)

Bulbos Vestibulares:

Conjunto de venas en forma de almendra que se encuentran por debajo de los músculos bulbocavernosos, de ambos lados del vestíbulo. Éstos van desde la abertura de la vagina hacia el clítoris. (Cunningham et al, 2010)

Abertura vaginal e himen:

La abertura de la vagina está recubierta por el himen. El himen está formado por tejido conjuntivo elástico y colágeno y en su cara interna y externa por epitelio plano estratificado.

Éste recubre la apertura de la vagina de manera más o menos completa, siendo el diámetro diferente en cada mujer según sus características personales, sexualidad, paridad entre otros.

Con el tiempo el himen pasa a tener forma de nódulo llamados carúnculas himeneales. (Cunningham et al, 2010)

Genitales Internos:

Vagina:

Su extensión va desde la vulva hacia el útero. (ver imagen 5)

En su cara anterior se encuentra en relación con la vejiga y la uretra, de las cuales se encuentra separada por el tabique vesic-ovaginal.

En su cara posterior se encuentra en relación con el recto, los cuales se separan en su porción inferior por el tabique recto-vaginal y la cuarta parte más alta está separada del recto por el fondo de saco recto-uterino o fondo de saco de Douglas.

Normalmente las paredes de la vagina se encuentran en contacto. Su pared anterior tiene aproximadamente 6 a 8 cm y su pared posterior 7 a 10 cm.

En su extremo superior, la cúpula vaginal se encuentra subdividida por el cuello uterino, en fondo de saco posterior, anterior y 2 laterales.

La vagina se encuentra revestida por epitelio plano estratificado no queratinizado, debajo se encuentra una capa de músculo liso, colágeno y elastina.

No hay presencia de glándulas, por lo que la vagina se lubrica por un trasudado proveniente del plexo capilar subepitelial vaginal.

La vagina es irrigada a través de la rama cervical de la arteria uterina y de la arteria vaginal. La pared posterior se irriga por la arteria hemorroidal y las paredes laterales por la arteria pudenda interna. (Cunningham et al, 2010)

Útero:

En la mujer no grávida el útero se encuentra dentro de la cavidad pélvica. Por delante se encuentra en relación con la vejiga y por detrás con el recto.

El útero tiene forma piriforme, posee un parte superior denominado el cuerpo en forma triangular y una inferior cilíndrica que se denomina el cuello uterino, el cual se proyecta hacia la vagina. (ver imagen 5)

En el cuerpo uterino en su zona superior se encuentra el fondo uterino, el cual consta de dos extremos denominados cuernos uterinos, en los cuales nacen las trompas de Falopio.

El cuello del útero es fusiforme y posee en cada extremo un orificio, siendo el superior llamado orificio cervical interno y el inferior llamado orificio cervical externo.

En la mujer nulípara el orificio cervical externo es una pequeña abertura de forma ovalada, luego del trabajo de parto y más precisamente el parto, se transforma en una hendidura transversa. (Cunningham et al, 2010)

Trompas de Falopio:

Son una extensión en forma de tubo que provienen del útero, tienen una longitud promedio de 8 a 14 cm. (ver imagen 5)

Se encuentran divididas en porción infundíbular, ampollar, ístmica e intersticial, siendo la más cercana al útero la porción intersticial y la más distal la porción infundíbular. (Cunningham et al, 2010)

Ovario:

Suele ubicarse en una depresión de la pared lateral de la pelvis denominada fosa ovárica de Waldeyer. (ver imagen 5)

Su tamaño varía entre un ovario y otro y entre mujeres, midiendo en edad reproductiva entre 2.5 a 5 cm de longitud, 1.5 a 3 cm de ancho y 0.6 a 1.5 cm de espesor. (Cunningham et al, 2010)

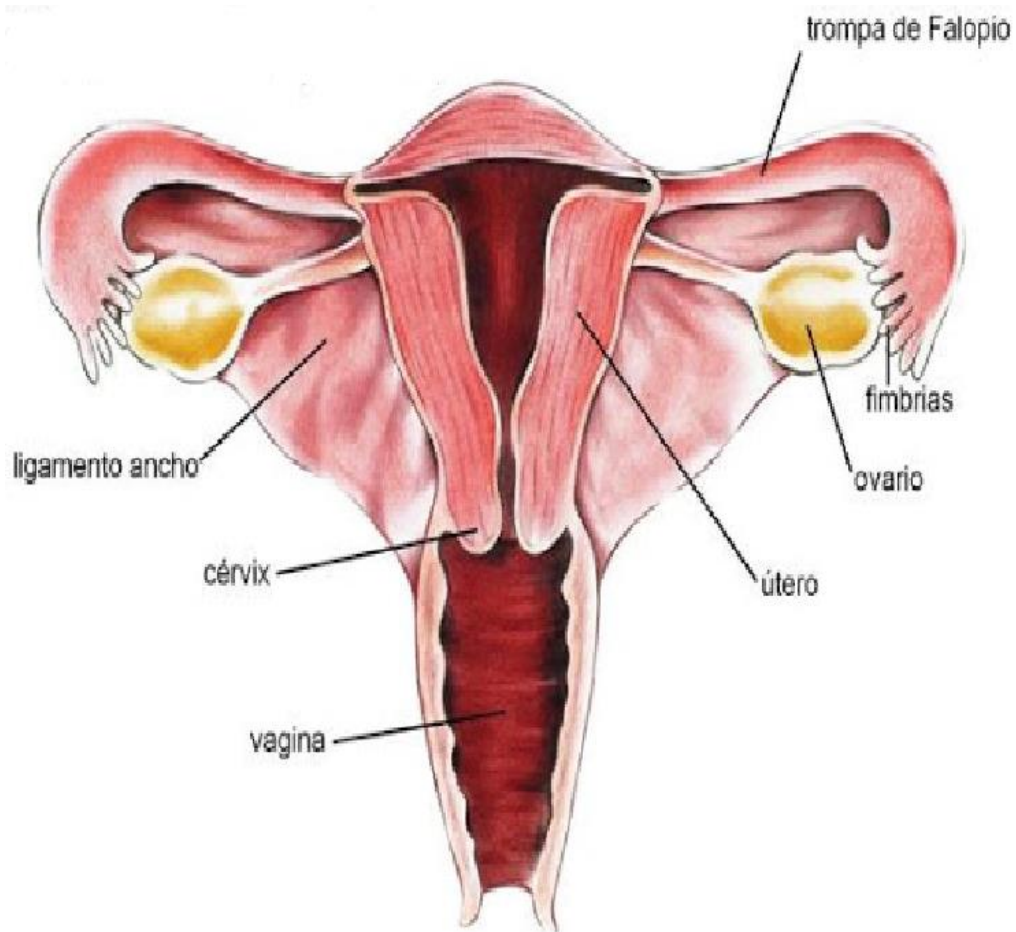


Imagen 5: Genitales internos

Extraído: http://www.genomasur.com/BCH/BCH_libro/capitulo_17.htm.

Consultado: 25/4/20

CAPÍTULO V

EL SUELO MUSCULAR
PÉLVICO

El suelo muscular de la pelvis es un conjunto de músculos estriados, dependientes de control voluntario, que le dan un cierre a la pelvis menor. (Calais-Germain, 1998) (Carrillo & Sanguineti, 2013)

Se pueden diferenciar dos capas, una superficial, y otra profunda. La capa superficial es la llamada periné y la capa profunda es reconocida como el diafragma pélvico. (Calais-Germain, 1998)

El diafragma pélvico:

Está formado por dos músculos, el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo. Estos forman una hamaca la cual le da sostén a los órganos pélvicos. (ver imagen 6) (Fattouh et al, 2015)

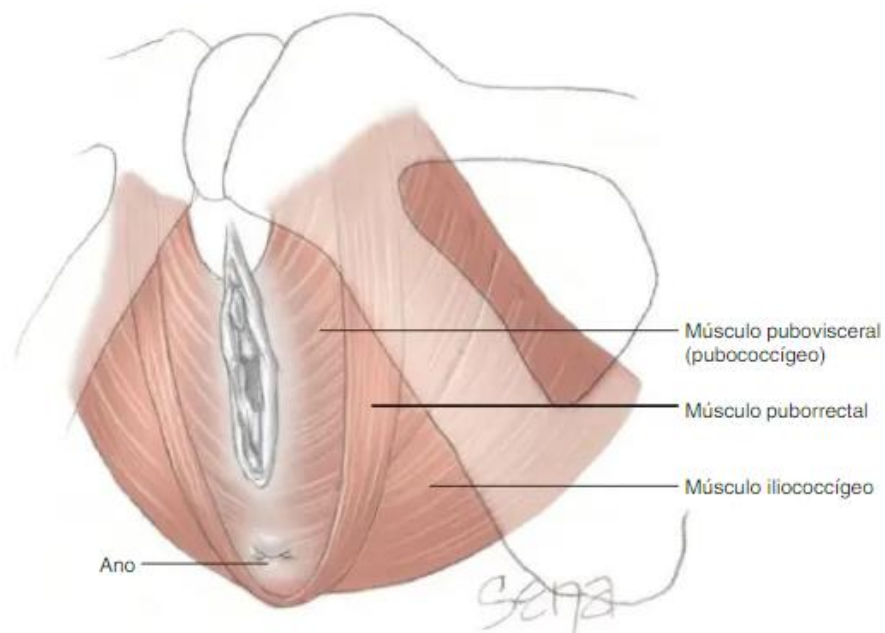


Imagen 6: Diafragma pélvico
Extraído de: Williams Obstetricia, 2010.
Consultado: 25/4/20

La extensión del diafragma va desde el pubis hacia el cóccix y hacia las dos paredes laterales de la pelvis menor. (Carrillo & Sanguinetti, 2013).

Presenta dos hiatos o hendiduras, por delante la hendidura urogenital la cual está formada por la uretra y la vagina y por detrás la hendidura anal la cual contiene la unión anorrectal. (Fetton et al, 2015)

La hendidura urogenital se forma de la inserción de los elevadores de ano derecho e izquierdo los cuales forman esta zona libre de músculos. Esta zona es amplia para dar paso al momento del parto. (Calais-Germain, 1998)

El elevador del ano está formado por 3 haces:

- El haz puborrectal: de origina en la cara posterior de la sínfisis del pubis y se extiende hacia posterior e inferior para insertarse detrás del recto a nivel de la unión anorrectal, es aquí donde sus fibras de cruzan y le dan su forma característica de U. Este a su vez se conforma por 3 fascículos, el fascículo laterorrectal, retrorrectal y el coccígeo, los cuales se diferencia por si sitio de inserción.
- El haz pubococcígeo: se extiende desde a sínfisis del pubis, lateral a la inserción de puborrectal, y se inserta a nivel del cóccix.
- El haz iliococcígeo: nace a nivel de la sínfisis del pubis y del arco tendinoso del elevador del ano para insertarse en el ligamento anococcígeo. (Carrillo & Sanguinetti, 2013) (Fetton et al, 2015)

La inervación del musculo elevador del ano proviene del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior. (Carrillo & Sanguinetti, 2013)

El otro musculo que forma parte del diafragma es el musculo coccígeo el cual se origina en la espina ciática, es triangular y se une al ligamento sacroespinoso, y se inserta a posterior a nivel de los bordes laterales de cóccix y la parte inferior del sacro. (Fatton et al, 2015).

El periné:

Es formado por un conjunto de músculos que se sitúan superficial al diafragma pélvico, estos le ofrecen un cierre a la cavidad pélvica. (ver imagen 7) (Fatton et al, 2015)

Se extienden entre el pubis y el cóccix y lateralmente entre los dos isquiones, formando un ocho que se cruzan en una zona llamada centro tendinoso del periné. (Calais-Germain, 1998)

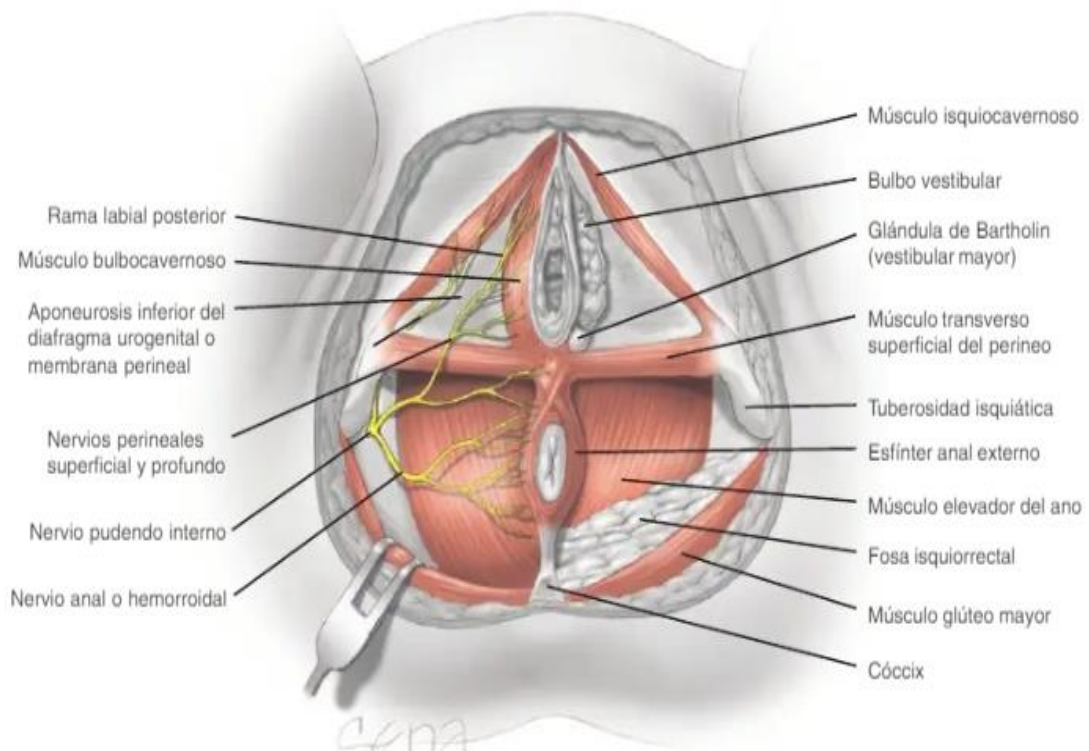


Imagen 7: Periné

Extraído: Williams Obstetricia, 2010.

Consultado: 25/4/20

El periné se divide en dos regiones las cuales tienen forma triangular, por delante el periné urogenital o periné anterior y por detrás el periné anal o periné posterior. La base de estos dos triángulos es el origen del centro tendinoso del periné que nombramos anteriormente. (Fatton et al, 2015)

El centro tendinoso del periné:

Es una zona de tejido fibroconjuntivo donde se insertan fascículos del músculo pubococcígeo y de los músculos del periné. (Calais-Germain, 1998) (Fatton et al, 2015)

Es una zona muy resistente, la cual durante el parto vaginal sufre una gran tensión. (Calais-Germain, 1998).

El periné urogenital está compuesto por dos planos de músculos, uno superficial y otro profundo.

Músculos superficiales del periné urogenital:

:

- Músculo isquiocavernoso: Se origina en el isquion y se dirige hacia anterior y medial para terminar en la albugínea del cuerpo cavernoso. Recubre el cuerpo cavernoso.
- Músculo bulboesponjoso: Se origina en el centro tendinoso del periné, para luego dirigirse hacia anterior y lateral cubriendo la cara lateral de la glándula vestibular y del bulbo vestibular, para insertarse en el cuerpo del clítoris.
- Músculo transverso superficial: Su origen es a nivel de las ramas del isquion y se inserta en el centro tendinoso. (Fatton et al, 2015)

Músculos profundos del periné urogenital:

- Músculo esfínter de la uretra: Rodea a la uretra en su parte inferior. Está constituido por dos partes: Musculo uretrovaginal y musculo compresor de la uretra.
- Músculo transverso profundo: Se origina en las ramas isquiáticas y se inserta en el centro tendinoso del periné y en la vagina. (Fatton et al, 2015)

El periné anal está compuesto solo por un músculo:

- El esfínter estriado del ano: Rodea la porción inferior del canal anal, entre el centro tendinoso y el ligamento anococcígeo. (Fetton et al, 2015) (Calais-Germain, 1998)

Inervación:

Los nervios de la pelvis provienen del sistema nervioso simpático, del sistema cefalorraquídeo y del sistema parasimpático.

Sistema Parasimpático:

Esta constituido a cada lado por el nervio pélvico, el cual contiene fibras del segundo, tercero y cuarto nervio sacro. (Cunningham et al, 2010)

Sistema Simpático:

Se dirige a la pelvis a través del plexo iliaco interno, que nace del plexo aórtico por debajo del promontorio, luego ingresa al plexo úterovaginal de Frankenhäuser. Las ramas de estos plexos dan inervación al útero, vejiga y porción superior de la vagina (Cunningham et al, 2010)

El nervio pudendo:

Está constituido por ramas anteriores del segundo al cuarto nervio sacro. Se dirige entre los nervios piramidal e isquiococcígeo para salir a nivel del

orificio ciático mayor, luego se dirige a lo largo del musculo obturador interno para acomodarse dentro del conducto pudiendo.

El nervio sale del conducto para dirigirse hacia el perineo y dividirse en 3 ramas:

- Nervio dorsal del clítoris: inerva la piel del clítoris
- Nervio perineal: inerva músculos del triángulo urogenital y de piel de los labios.
- Rama anal o hemorroidal: inerva el esfínter anal externo, la membrana mucosa del conducto anal y la piel del periné.
(Cunningham et al, 2010)

Vascularización:

La vascularización arterial del periné proviene de la arteria pudenda, rama de la arteria iliaca interna.

Da origen:

- Arteria rectal inferior
- Arteria perineal superficial
- Arteria del bulbo vestibular
- Arteria uretral

Termina dividiéndose en dos ramas:

- Arteria profunda

- Arteria dorsal del clítoris
- La vascularización venosa del periné proviene del plexo venoso de Santorini. Este plexo drena a nivel de las venas pudendas y estas a nivel de la vena iliaca interna. (Vardon et al, 2014)

El periné y el embarazo:

Durante el embarazo, los tejidos del periné van adquiriendo una mayor elasticidad debido a factores hormonales, mecánicos y vasculares (Vardon et al, 2014)

El periné y el parto:

Una vez que la presentación se encaja, comienza el descenso a través de la pelvis, encantándose con el haz pubococcígeo, el cual le ofrece resistencia y obliga a la presentación a rotar y realizar la flexión, el cual se distiende y permite la abertura de la hendidura urogenital.

La presentación comienza a ejercer presión provocando la retropulsión del cóccix, lo cual provoca que el periné posterior se amplíe y distienda.

Cuando comienza la sensación de pujo, se produce una contracción del haz puborrectal, lo cual va a hacer que el centro tendinoso del periné se eleve, llevando consigo al conducto anal y distendiendo el ano.

El centro tendinoso del periné se distiende y la distancia anovulvar pasa de 3-4 cm a 12-15 cm y el orificio vulvar se amplía.

El periné anterior comienza a distenderse con la deflexión.

La presentación pasa a través del hiato muscular del elevador del ano.

A continuación, el anillo vulvar se vuelve horizontal y comienza a dilatarse hasta alcanzar el diámetro de la presentación. (ver imagen 8)

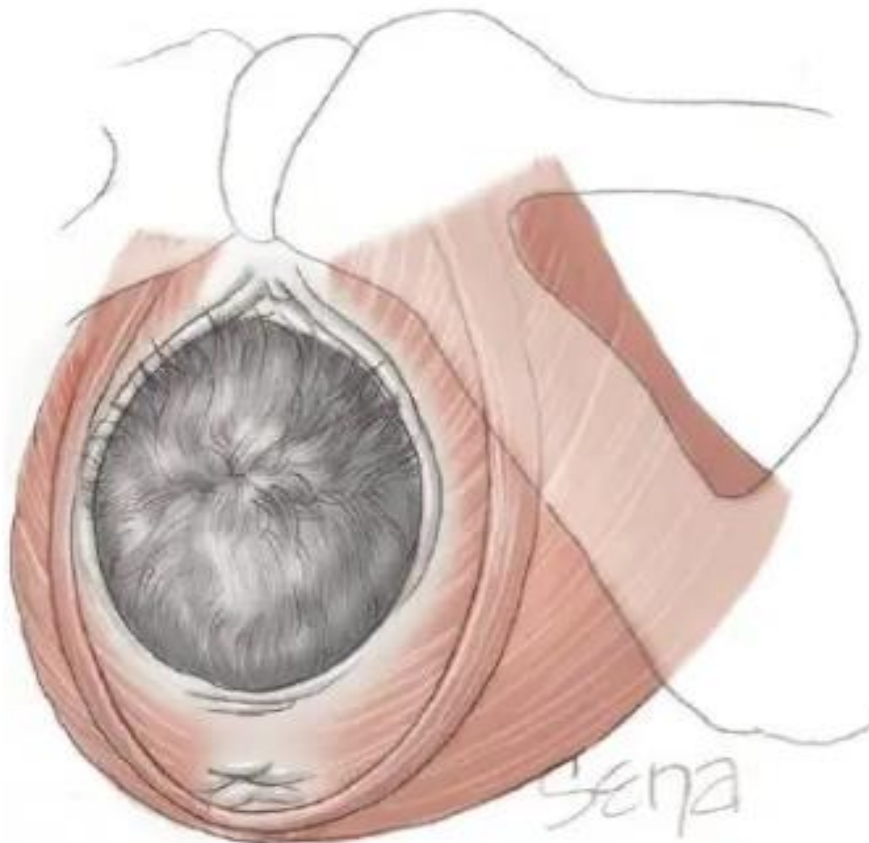


Imagen 8: Extensión elevador del ano durante el parto.

Extraído: Williams Obstetricia, 2010.

Consultado: 25/4/20

Debido a los detalles mencionados anteriormente es que podemos observar que el parto vaginal, más precisamente la etapa del expulsivo, pueden provocar lesiones traumáticas en el periné, sobre todo a nivel

muscular, especialmente en el haz puborrectal en su inserción en el centro tendinoso del periné. (Cunningham et al, 2010)

CAPÍTULO VI

ETAPAS DEL PARTO
VAGINAL

Schwartz et al (2014) define el parto como la salida o expulsión de un feto con un peso mayor a 500 g o mayor a 22 semanas de gestación

El trabajo de parto es un conjunto de mecanismos fisiológicos pasivos y activos, que tienen como objetivo la salida del feto a través de los genitales maternos

Para su mayor comprensión y estudio es posible dividir al proceso del parto en 3 etapas: periodo dilatante, periodo expulsivo y alumbramiento.

Periodo dilatante:

Corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino.

- Fase latente: conocida como el preparto, esta fase comienza con la percepción de las contracciones, la cual se acompaña del proceso de borramiento y dilatación del cuello uterino hasta llegados los 3-5 cm.
- Fase activa: es conocido como el trabajo de parto propiamente dicho, esta fase comienza con la finalización de la fase latente y se extiende hasta llegados los 10 cm de dilatación, acompañados de contracciones uterinas dolorosas regulares.

Periodo expulsivo:

Comprende desde a dilatación completa hasta la salida del feto por los genitales externos. Mediante el pujo materno y las contracciones, el feto

logra sortear a través del mecanismo de parto los diferentes estrechos y diámetros de la pelvis.

Alumbramiento:

Es el proceso que transcurre desde la salida del feto, hasta la expulsión de la placenta y restos ovulares.

Este periodo comprende 4 etapas:

- Desprendimiento de la placenta
- Desprendimiento de las membranas
- Descenso
- Expulsión

(Cunningham et al, 2010) (Schwarcz et al, 2014)

CAPÍTULO VII

TRAUMA PERINEAL DE
ORIGEN OBSTETRICO

El trauma genital se puede definir como cualquier daño a nivel de los genitales el cual ocurre durante el parto vaginal. El daño puede ser espontáneo produciendo desgarros de diferentes grados o debido a una incisión quirúrgica conocida como episiotomía. (El-Azim & Elngger, 2011).

La incidencia es alta y comprende entre el 30% y el 85% de los partos y el 60%- 70% requiere sutura. (Onyebuchi et al, 2018)

El trauma a nivel del periné afecta a la mujer a nivel físico, psicológico y social, tanto en el postparto inmediato como a largo plazo. (El-Azim & Elngger, 2011)

La identificación de este tipo de traumatismo y su correcta reparación se asocia a la morbilidad que luego pueda presentar la mujer, aquí se demuestra la importancia de disminuir este tipo de lesiones. (De la Rosa-Várez et al, 2013)

Desgarros obstétricos:

Los desgarros obstétricos pueden diferenciarse en, perineal, vulvar, vaginal y cervical.

A su vez es posible diferenciarlos en desgarros abiertos o cerrados, según si es posible su visualización a nivel cutáneo-muscular o no. (Vardon et al, 2014)

Desgarro perineal cerrado:

Estas lesiones se originan a nivel del centro tendinoso del periné, aponeurosis media, músculos del periné superficial, el elevador del ano y la fascia pélvica. Su diagnóstico es difícil ya que no involucra desgarro cutaneomucoso. Se acompaña de hematomas intramusculares. (Vardon et al, 2014)

Desgarro perineal abierto:

Los desgarros a nivel del periné pueden clasificarse en 4 grados, según la RCOG (Royal College of Obstetrician and Gynaecologist)

- Primer grado: Lesión a nivel de la piel del periné (ver imagen 9)
- Segundo grado: Lesión que involucra los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal. (ver imagen 10)
- Tercer grado: Lesión del esfínter anal, a su vez se subdividen según su extensión. (ver imagen 11)
 - A: Lesión del esfínter externo en menos del 50% del grosor
 - B: Lesión del esfínter externo en más del 50% del grosor
 - C: Lesión del esfínter externo e interno
- Cuarto grado: Lesión de esfínter anal y la mucosa rectal (ver imagen 12). (M López, 2018)



Imagen 9: Desgarro primer grado.
Extraído: Williams Obstetricia, 2010.
Consultado: 25/4/20

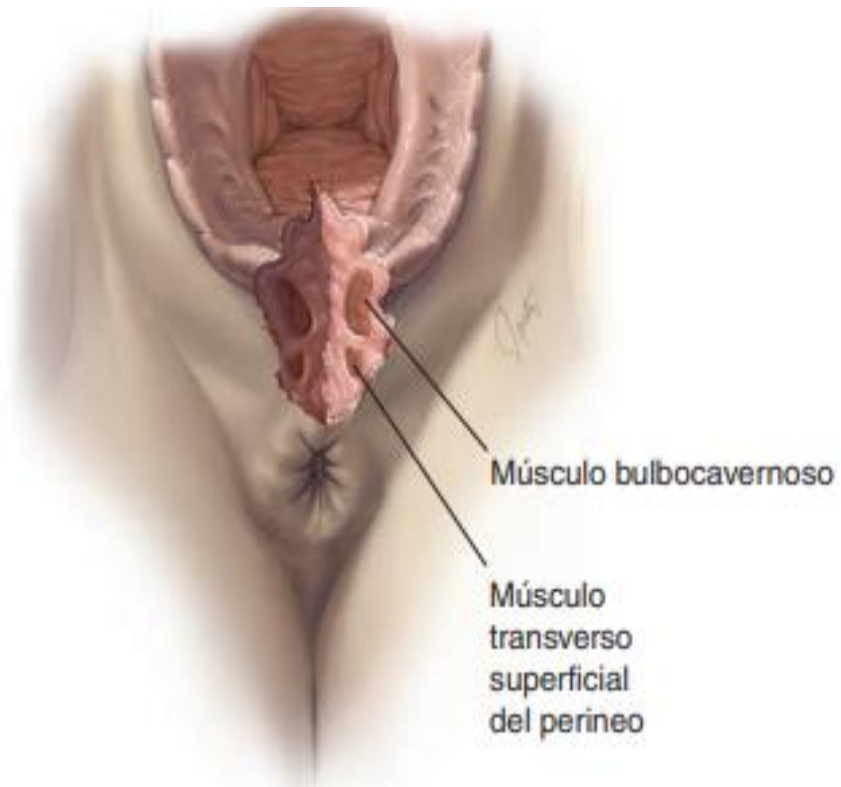


Imagen 10: Desgarro segundo grado.
Extraído: Williams Obstetricia, 2010.
Consultado: 25/4/20

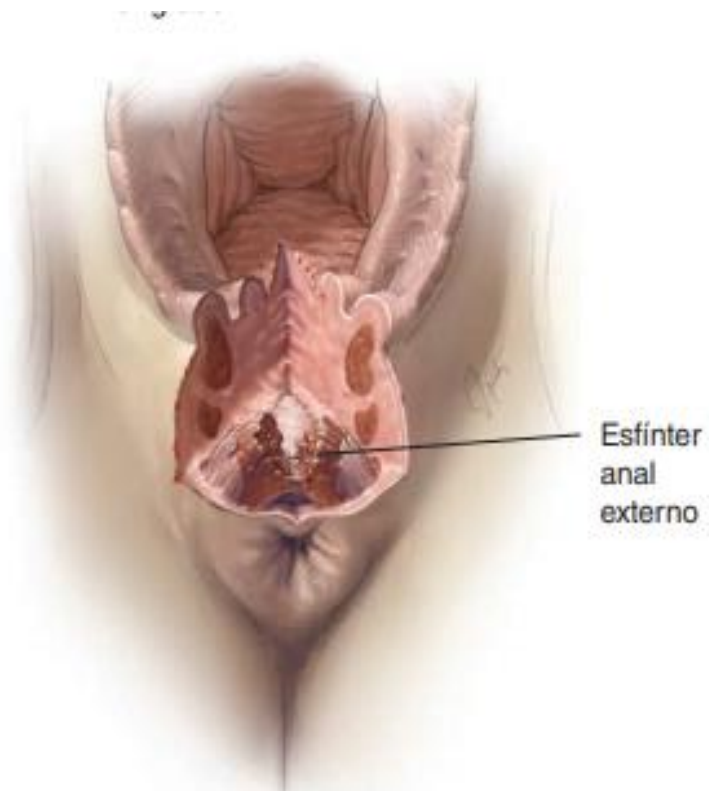


Imagen 11: Desgarro tercer grado.
Extraído: Williams Obstetricia, 2010.
Consultado: 25/4/20

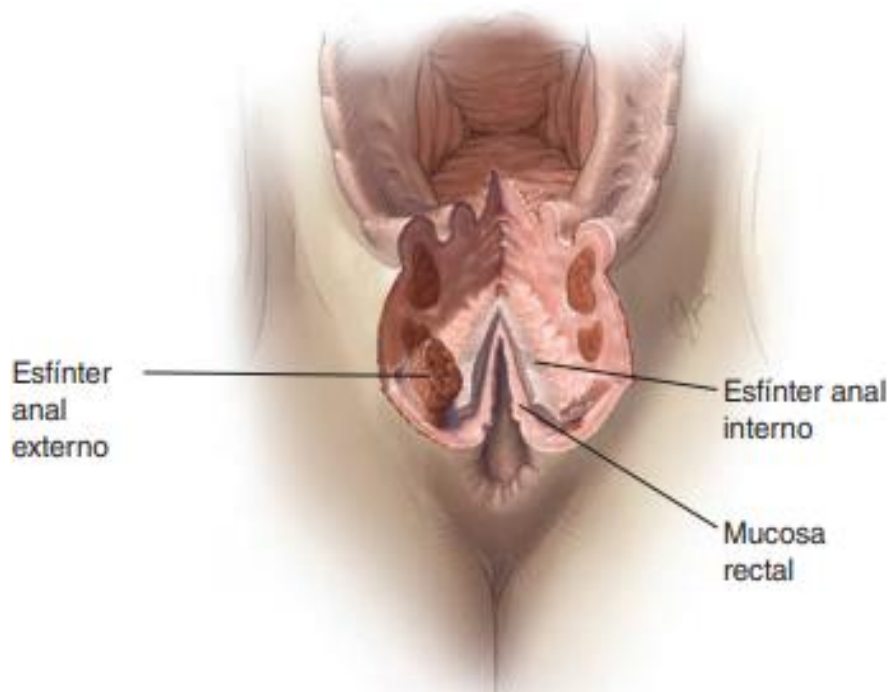


Imagen 12: Desgarro cuarto grado
Extraído: Williams Obstetricia, 2010
Consultado: 25/4/20

Desgarros vulvares:

Incluye los desgarros himeneales, los cuales se visualizan en primíparas. También es posible observar desgarros a nivel de labios menores, labios mayores, clítoris y del tejido periuretral. (Vardon et al, 2014)

Desgarros vaginales:

En mayor parte se asocian a episiotomía, a desgarro perineal, o si éste se extiende hasta el fondo de saco vaginal se asocia a desgarro cervical, pero pueden presentarse de forma aislada. (Vardon et al, 2014)

Desgarros cervicales:

Estos se presentan a nivel del cuello del útero. Pueden ser aislados, o estar asociado a desgarro vaginal. (ver imagen 13) (Vardon et al, 2014)

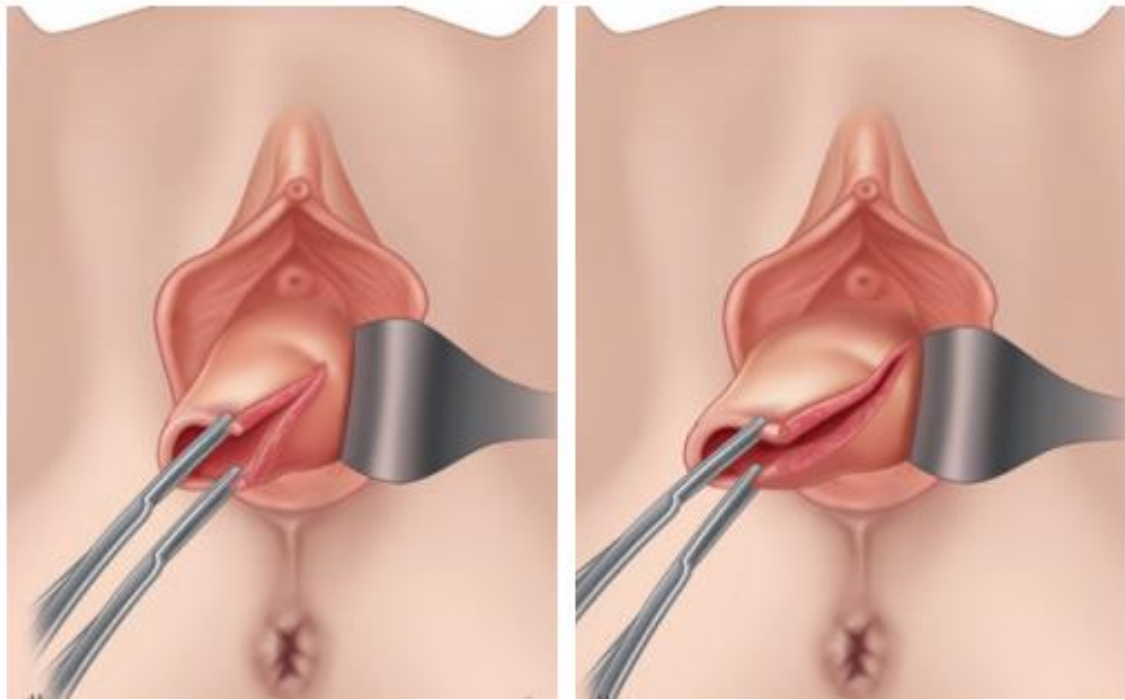


Imagen 13: Desgarro cervical.

Extraído: Episiotomía y Desgarros Obstétricos recientes, 2014, EMC.

Consultado: 25/4/20

Episiotomía

Como mencionamos la episiotomía es una incisión quirúrgica que se realiza en el periné, para así aumentar el diámetro vulvar para la salida del feto. (Silva, Alarcòn, & Álvarez, 2012)

En 1742 se habló por primera vez de esta técnica, la cual fue propuesta en Irlanda por Felding Ould. (Silva, Alarcòn, & Álvarez, 2012)

Pero no fue hasta la década de 1920 luego de publicaciones realizadas por DeLee y Pomeroy donde concluyeron que la episiotomía realizada de rutina ayudaría a disminuir laceraciones. (Davidson, Jacoby, & Scott, 2000)

Fue así, que para 1972 el 50%-90% de las mujeres primíparas que tenían parto vaginal recibían episiotomía. (Davidson, Jacoby, & Scott, 2000)

En la década de 1980 las investigaciones demostraron, que la realización de la episiotomía no tenía fundamento científico que comparara los beneficios y los riesgos. A partir de aquí numerosas investigaciones han demostrado que no hay beneficios existentes en la utilización de la episiotomía de rutina. (Vardon et al, 2014)

Incluyendo la OMS que, en su última actualización para una experiencia de parto positiva, no recomienda la realización de episiotomía de rutina. (OMS, 2019)

Es posible identificar diferentes formas de realizar la episiotomía (ver imagen 14):

- Mediana: comienza a nivel de la comisura posterior, extendiéndose en línea recta hasta el centro tendinoso del periné.
- Medio lateral: comienza en la comisura posterior y se extiende de forma recta en dirección a la tuberosidad isquiática

Al realizar la episiotomía se compromete la piel, tejido subcutáneo y a nivel muscular el bulboesponjoso y el perineal transversal. Es posible dañar el nervio pudiendo, lo cual es un causando de dispareunia en las mujeres que se les practico episiotomía. (Melean, 2014)

Tipos de Episiotomía Incisiones

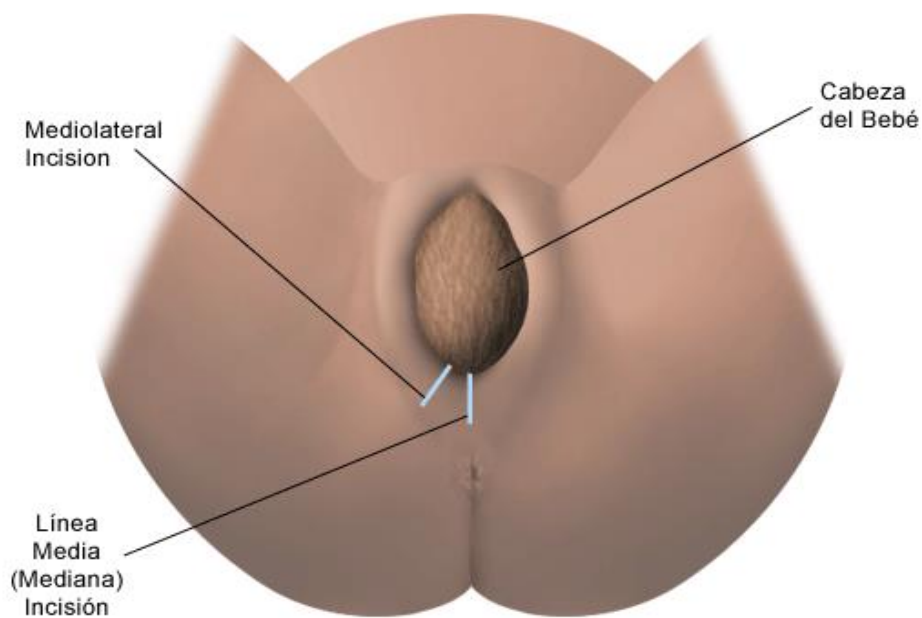


Imagen 14: Episiotomía media y medio lateral

Extraído: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>

Consultado: 27/4/20

Las ventajas: se pueden diferenciar en maternas y fetales.

Dentro de las maternas las ventajas que se suponen son, que al realizar la incisión a nivel del anillo vulvar como también del haz puborrectal, es posible disminuir la tensión protegiendo la zona del clítoris y periuretral, como así también el esfínter anal se separa del periné urogenital o anterior, ayudando a su protección protegiéndolo de los desgarros graves. (Vardon et al, 2014)

Dentro de las ventajas a nivel fetal se utiliza ante la necesidad de acortar el periodo expulsivo en caso de sospecha de hipoxia fetal o ritmo cardiaco fuera de los parámetros normales. En caso de necesitar realizar parto instrumental o limitar traumatismo fetal en caso de prematuridad. (Vardon et al, 2014)

Indicaciones:

En diversas revisiones se detalla que la indicación de realizar episiotomía depende del tipo de política que se opte, ya sea una política de episiotomía liberal, en la cual se practica de rutina, o una política restrictiva, en la cual su indicación es solo en caso de factores materno o fetales como mencionamos anteriormente.

A pesar de la existencia de estas dos políticas, las investigaciones demuestran que la política liberal no tiene ventaja alguna. (Vardon et al, 2014)

Eason et al (2000) realizaron una revisión sistemática para determinar las técnicas de prevención del trauma perineal. Determinaron que el uso liberal de la episiotomía media o medio lateral no previene los desgarros

del esfínter anal refutando: *“la lógica extraña de actuar para proteger el perineo aboliéndolo temporalmente* (Eason et al, 2000)

CAPÍTULO VIII

FACTORES DE RIESGO
PARA DAÑO PERINEAL

El parto vaginal resulta ser el factor de riesgo principal de las lesiones perineales (Vardon et al, 2014) sumándose otros factores que se detallaran a continuación:

- Nuliparidad: se demostró un porcentaje mayor de desgarros en primíparas. (Vardon et al, 2014) (Lorenzo-Pliego et al, 2013) (Christianson et al, 2003)
- Macrosomía: en peso fetal mayor a 4000g se demostró mayor probabilidad de presentar desgarros. (Vardon et al, 2014) (Christianson et al, 2003)
- Distocia de hombros (Vardon et al, 2014) (Christianson et al, 2003)
- Periodo expulsivo prolongado: se relaciona con mayor probabilidad de presentar daño (Vardon et al, 2014) (Christianson et al, 2003) (Lorenzo-Pliego et al, 2013)
- Presentación fetal posterior (Christianson et al, 2003) (Vardon et al, 2014)
- Parto instrumental: incluyendo fórceps o ventosa. Diferentes estudios han demostrado que la extracción con ventosa se relaciona con una porcentaje significativamente menor de daño perineal grave que la utilización de fórceps (Lorenzo-Pliego et al, 2013) (Vardon et al, 2014)
- Realización de episiotomía: tanto la técnica media como la medio-lateral. (Lorenzo-Pliego et al, 2013) (Vardon et al, 2014)

- Edema del periné. (Vardon et al, 2014)
- Distancia anovulvar corta. (Vardon et al, 2014)
- Obesidad. (Vardon et al, 2014)
- Etnia: se ha identificado mayor riesgo para mujeres hindúes y asiáticas. (Christianson et al, 2003) (Abril et al, 2009)
- Inducción y conducción del trabajo de parto con oxitocina. (Lorenzo-Pliego et al, 2013) (Abril et al, 2009)
- Analgesia epidural. (Abril et al, 2009) (Lorenzo-Pliego et al, 2013)
- Mala visión del periné: no permitiendo controlar la expulsión manual de la presentación. (Vardon et al, 2014)

Los factores de riesgo antes mencionados, son de naturaleza multifactorial e independientes, pero si asociamos más de un factor, aumenta la gravedad del daño. (Lorenzo-Pliego et al, 2013)

Un ejemplo de esto es la asociación de episiotomía y fórceps, las cuales en conjunto aumentan el daño perineal a tercer y cuarto grado. (Lorenzo-Pliego et al, 2013)

También varios estudios mencionan, que la realización de episiotomía de rutina como forma de prevención de desgarros de tercer y cuarto grado, no sería un factor protector ya que no se comprobó su beneficio, contribuyendo a aumentar la probabilidad de daño perineal grave. (Lorenzo-Pliego et al, 2013)

Varios de los factores de riesgo no son posible de modificar, como la primiparidad, la talla y el peso del recién nacido, pero si es posible mejorar la atención que se le brinda a la mujer, disminuyendo al mínimo los factores de riesgo que si podemos modificar y que se vinculan con las practicas clínicas innecesarias, como la realización de episiotomía de rutina, inducción del parto sin justificación clínica, entre otros. (Lorenzo-Pliego et al, 2013)

CAPÍTULO IX

COMPLICACIONES DEL
DAÑO PERINEAL

El trauma que se produce en el periné se asocia con morbilidad a corto y a largo plazo.

La mayoría de las mujeres luego de su parto van a presentar dolor perineal.

El dolor hasta las 2 primeras semanas se produce en el 40% de las mujeres, el 20 % presenta dolor hasta las 8 semanas, un 7%-9% siguen notificando dolor a los tres meses postparto. (Beckmann & Garrett, 2008)

Complicaciones inmediatas

- Hemorragia: suele asociarse a una sutura tardía, o a la presencia de desgarros a nivel cervical o vaginal que no fueron visualizados en su momento. Cuando se asocia a episiotomía, puede deberse a que el procedimiento fue realizado de forma precoz, no dejando que el periné se afine. (Vardon et al, 2014)
- Hematoma: es poco frecuente. Se trata de sangre que es colectada en el tejido celular de la vulva, vagina o parametrito, la cual no se difunde de forma espontánea. Puede estar asociado a un desgarro en el cual su diagnóstico es oportuno y se presenta como una tumefacción a nivel del labio mayor el cual puede extenderse hacia la zona glútea o puede asociarse a la episiotomía el cual se presenta por un defecto de la hemostasia del plano profundo. Cuando no se asocia a un desgarro o episiotomía, su diagnóstico es secundario. Cuando se presenta de forma moderada su tratamiento es terapéutico, pero cuando el hematoma continúa evolucionando, es necesario un tratamiento quirúrgico. (Vardon et al, 2014)
- Traumatismos fetales asociados a episiotomía. (Vardon et al, 2014)

- Infección y dehiscencia: debido a asepsia insuficiente, mala higiene en el posparto (Vardon et al, 2014).
- Dolor: lo cual dificulta la movilidad y limita a la hora de encontrar acomodo para amamantar a su recién nacido. El dolor es más intenso en mujeres con episiotomía, que en las mujeres que tuvieron desgarros de primer, segundo grado o periné intacto (De la Rosa-Várez et al, 2013) (Vardon et al, 2014)

Complicaciones tardías:

- Complicaciones de la episiotomía: a largo plazo también se puede presentar: granulomas inflamatorios presente en la cicatriz, fístulas anales o recto vaginales, fascitis necrosante por infección a estreptococo betahemolítico del grupo A y endometriosis de la cicatriz. (Vardon et al, 2014)
- Consecuencia sobre la incontinencia anal: un 3%- 4% de las mujeres que tienen parto vaginal, van a presentar una lesión a nivel del esfínter anal, y un tercio de ellas va a manifestar incontinencia de las heces luego de haber sido reparada la lesión en su momento. Un 35% de las mujeres primíparas van a presentar desgarros de tercer y cuarto grado que no fueron diagnosticadas en el momento del parto. (Beckmann & Garrett, 2008)
- Consecuencias sobre la sexualidad: al presentar dolor a nivel del periné, es frecuente que eso afecte la reanudación de las relaciones sexuales. Luego del parto vaginal, un 60% de las mujeres refieren

presentar dolor hasta los 3 meses posparto, un 30% continúa presentando dolor hasta los 6 meses y hay un 15% de las mujeres que refiere dolor incluso hasta 3 años. (Beckmann & Garrett, 2008)

Los estudios que utilizan ultrasonido y resonancia magnética son capaces de demostrar que el músculo puborrectal tiende a estirarse notoriamente en el parto. El grado de distensión de este músculo puede provocar un traumatismo muscular del piso pélvico que puede presentarse de forma macroscópica o microscópica como consecuencia de una interrupción directa isquémica. Los datos actuales demuestran que el trauma a nivel del musculo elevador del ano tanto macroscópico como microscópico es probable que se vincule con la patogénesis del prolapso de órganos pélvicos. La prevención del trauma del elevador del ano reduce la prevalencia de presentar prolapso. (Shek et al, 2010)

Ashton-Miller y Delancey (2009) informan que 1 de 10 mujeres primíparas van a presentar daño a nivel del músculo elevador del ano durante el parto, sufriendo como consecuencia a corto y a largo plazo incontinencia urinaria, fecal, prolapso de órganos pélvico o disfunción sexual. (Ashton-Miller & DeLancey, 2009)

CAPÍTULO X

PREVENCIÓN DEL DAÑO
PERINEAL

La prevención del daño perineal conlleva numerosos beneficios hacia las mujeres y es por esto por lo que debería ser el objetivo de las Parteras en sus consultas durante el embarazo y durante el parto.

Las mujeres que presentan un periné intacto luego de su parto muestran un suelo pélvico más fuerte, experimentando una recuperación muscular más rápida. Así, también, indican menos dolor en la primera relación sexual y mayor satisfacción sexual. (Beckmann & Garrett, 2008)

Algunas de estas técnicas son utilizadas en el periodo antenatal y otras durante el parto. (De la Rosa-Várez et al, 2013)

Durante el embarazo:

Ejercicio físico:

Se asoció con efectos positivos sobre el fortalecimiento del suelo pélvico, en diversos estudios se menciona la existencia de periodos expulsivos más cortos, menor incidencia de episiotomía y de presentación podálica. También se menciona un porcentaje de cesáreas más bajo. (Ferreira & Fernandes, 2016)

Masaje perineal durante el embarazo:

Al ser el objetivo de este trabajo se detallará en el capítulo siguiente.

Durante el parto:

Posición materna:

Durante el trabajo de parto, los cambios frecuentes de posición se relacionan con una mayor satisfacción materna, aumentando la circulación, disminuye el cansancio y aumenta el bienestar. La posición decúbito lateral durante el expulsivo se asocia con una reducción significativa del parto instrumental y de la tasa de episiotomía, lo que aumenta por consiguiente la probabilidad de un periné intacto. (ver imagen 15) (Ferreira & Fernandes, 2016)

Desde las recomendaciones de la OMS sugieren que las mujeres puedan adoptar la posición de su conveniencia, incluso posición vertical. (OMS, 2019)



Imagen 15: Posiciones para el parto

Extraído: <https://www.efisioterapia.net/articulos/diferentes-posturas-parto>

Consultado: 19/5/20

Pujo espontaneo:

Los resultados de un estudio indican que la maniobra de Valsalva (se solicita a la mujer que inhale y cierre la glotis mientras puja el máximo de tiempo posible) se relaciona con una disminución de la segunda etapa del parto si lo comparamos con los pujos espontáneos(en los cuales la mujer puja de forma libre, cuando siente la necesidad de hacerlo).En cambio, la utilización del pujo espontáneo se acompaña de mejores resultados neonatales, mejor puntuación de Apgar, aumento en los niveles de PH de arteria umbilical y de la presión parcial arterial de oxígeno. A su vez se relaciona con una mayor satisfacción materna. (Álvarez & Arnedillo, 2010)

La OMS recomiendo alentar a las mujeres para que sigan su deseo de pujar. En el caso que la mujer tenga analgesia peridural se recomienda la espera de 2 horas luego de completada la dilatación, o hasta que recupere la sensación de pujo. (OMS, 2019)

Maniobra de protección del perineal:

Se diferencian dos maniobras, protección perineal activa es cuando la partera coloca la mano sobre la cabeza fetal con una leve presión controlando así, la expulsión de la cabeza y aumentando la flexión, a su vez la otra mano se encuentra protegiendo la zona perianal. (ver imagen 16) La maniobra de protección perineal expectante es cuando la partera no coloca sus manos, pero se mantiene expectante por si es necesario colocarlas y disminuir una flexión que se provoque muy rápido.

No se encuentra evidencia suficiente para apoyar o no apoyar alguna de estas técnicas.

Algunos estudios refieren que la utilización de protección perineal expectante es más conveniente para la mujer. Es necesario que cada profesional acompañada de la decisión de la mujer, sean quienes elijan que maniobra utilizar según sus preferencias y según el tipo de parto. (De la Rosa-Várez et al, 2013)

La OMS recomienda la protección activa del periné durante el expulsivo, siempre que sea decisión de la mujer. (OMS, 2019)



Imagen 16: Protección activa del periné

Extraído: <http://asesefp.blogspot.com/2013/12/>

Consultado: 19/5/20

Masaje perineal durante el trabajo de parto:

Se asocia el masaje con reducción del estrés, aumento de la circulación sanguínea y alivio del dolor. A través del masaje, los músculos del periné son distendidos y la mujer presenta menor probabilidad de lesiones.

Los estudios concluyen que el masaje en el segundo período del parto se relaciona con un periné íntegro reduciendo la tasa de laceraciones y episiotomía. (Ferreira & Fernandes, 2016)

Dentro de las recomendaciones de la OMS se recomienda el masaje perineal durante el parto. (OMS, 2019)

Aplicación de calor:

Los estudios confirman, que la utilización de compresas calientes en el periné durante la segunda etapa del parto, se asocian con una disminución de los desgarros de tercer y cuarto grado, así como también del dolor durante el parto y postparto. Las mujeres manifiestan aceptación por esta técnica. (Ferreira & Fernandes, 2016) (De la Rosa-Várez et al, 2013) (Aasheim et al, 2011)

La utilización de compresas tibias durante el período expulsivo es una de las técnicas recomendadas por la OMS para prevenir el traumatismo perineal. (OMS, 2019)

Dada la importancia ya mencionada de la prevención del trauma perineal para la vida de la mujer, es necesario desde nuestro lugar en la asistencia del embarazo y parto brindarles a las mujeres la información necesaria para que luego puedan decidir y optar por las técnicas que se ajustan a sus preferencias.

El empoderamiento es un proceso que debe ser iniciado en las consultas obstétricas y en clases de preparación para el parto generando que las

mujeres sean una parte activa en este proceso, contribuyendo y acompañado en su toma de decisiones.

CAPÍTULO XI

MASAJE PERINEAL

El masaje perineal consiste en masajear y estirar de forma suave los tejidos que se encuentran a nivel del introito vaginal. (El-Azim & EIngger, 2011)

Se describe que a través del masaje perineal prenatal es posible mejorar los resultados en cuanto a daño perineal, al estirar el tejido vaginal, promueve la relajación del periné y mejora la circulación a nivel de los tejidos. (Onyebuchi et al, 2018)

Esta técnica contribuye a la preparación de los tejidos del periné para el parto, aumentando la elasticidad y ayudando a disminuir la resistencia que se produce durante la dilatación. (Ferreira & Fernandes, 2016)

Es eficaz para que la mujer conozca su cuerpo y pueda prepararse para la sensación de presión y estiramiento que sentirá durante el parto. (King's Colegge Hospital, 2018)

Modo de realización:

Diferentes estudios recomiendan comenzar a realizar el masaje a partir de las 34 semanas de gestación con una frecuencia diaria, y duración de 5 a 10 minutos. (El-Azim & EIngger, 2011) (Jones & Marsden, 2008)

Shipman (1997) menciona que la frecuencia del masaje puede ser de 3 a 4 veces por semana, con duración de 4 minutos. (Shipman, 1997)

The Oxford University Hospital entrega a las mujeres embarazadas que concurren al hospital un librito explicativo sobre la realización del masaje

perineal, en él se detalla que es necesario comenzar el masaje a las 34 semanas como ya mencionamos anteriormente, pero hace hincapié en que la frecuencia va a depender del deseo de cada mujer, alentando a que sea de forma diaria o cada dos días. (Oxford University Hospitals, 2017)

En cuanto a la descripción de la técnica, varios estudios mencionan consejos previos a la realización, como vaciar vejiga, realizarse un baño de inmersión o ducha y la utilización de un espejo para familiarizarse con sus genitales externos y periné. Es imprescindible que se higienicen las manos y cuenten con las uñas cortas. (Jones & Marsden, 2008) (El-Azim & Elngger, 2011) (Oxford University Hospitals, 2017)

Se sugiere utilizar para lubricar aceites con vitamina A, E, aceites orgánicos sin perfume, como el aceite de oliva, almendras, rosa mosqueta o girasol no se recomienda utilizar lubricantes sintéticos como la vaselina. (King's Colegge Hospital, 2018) (Jones & Marsden, 2008) (Oxford University Hospitals, 2017)

Se recomienda adoptar una posición cómoda, esto puede ser semisentada, de pie con un pie encima de una silla, cuclillas (El-Azim & Elngger, 2011), es necesario que la mujer se sienta segura y que no sea interrumpida. (Oxford University Hospitals, 2017)

El masaje lo pueda realizar sola o puede solicitar la ayuda de su pareja; si el masaje lo realiza la mujer se recomienda utilizar los dedos pulgares, en cambio, si lo realiza su pareja, se sugiere utilizar los dedos índices. (El-Azim & Elngger, 2011)

Para comenzar es necesario colocar los dedos sobre la cara posterior de la vagina, con una profundidad recomendada de 3-4 cm o hasta el segundo nudillo.(ver imagen 17) (El-Azim & Elngger, 2011) (Jones & Marsden, 2008)

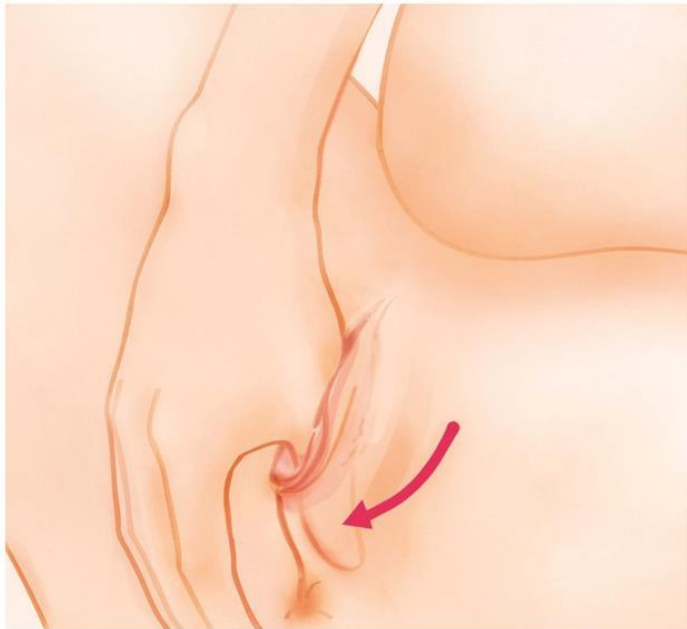


Imagen 17: Masaje perineal.

Extraído: <https://www.weleda.co.uk/perineal-massage>.

Consultado: 25/4/20

Es necesario realizar una presión en dirección hacia el recto de forma suave, pero firme, de manera rítmica, con movimiento desde la base hacia las paredes laterales(ver imagen 18), algunos recomiendan imaginarse la forma de U (Jones & Marsden, 2008), mientras otros recomiendan utilizar el ejemplo del movimiento desde las 3 hasta las 9 y viceversa.(ver anexo 19) (Shipman, 1997)

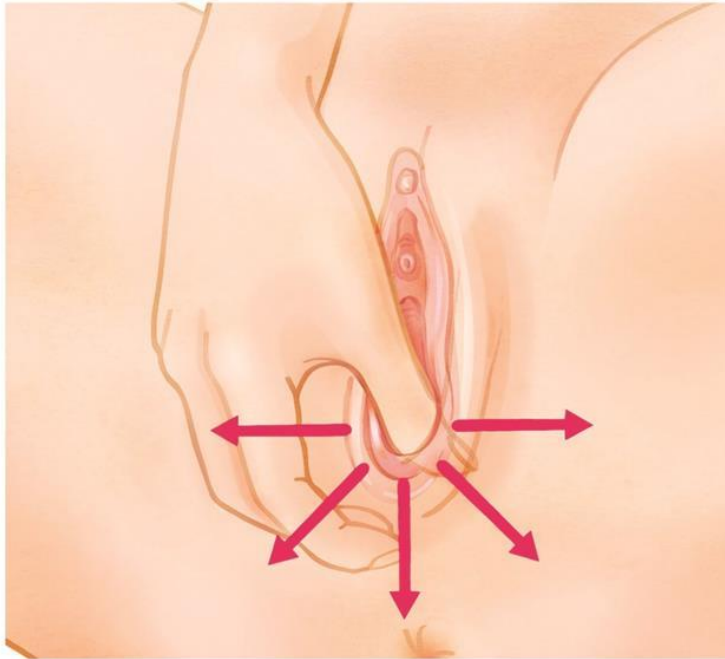


Imagen 18: Masaje perineal.

Extraído: <https://www.weleda.co.uk/perineal-massage>.

Consultado: 25/4/20

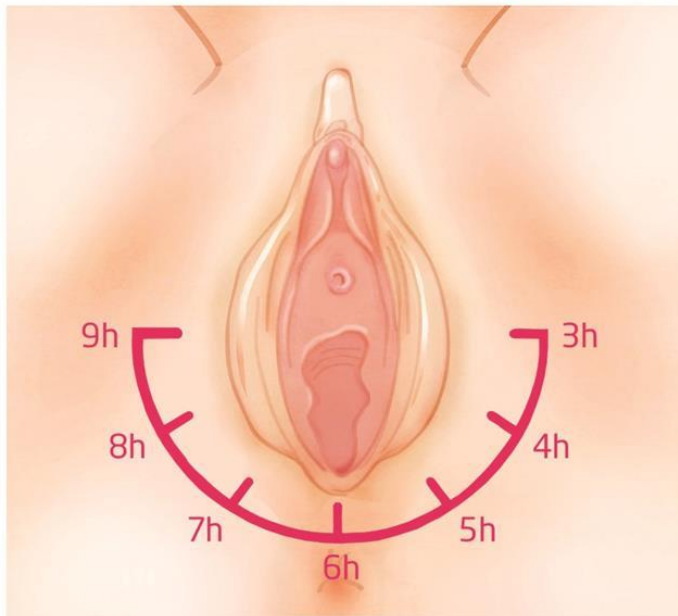


Imagen 19: Masaje perineal.

Extraído: <https://www.weleda.co.uk/perineal-massage>.

Consultado: 25/4/20

También se recomienda masajear la piel del periné. (Shipman, 1997).

Mientras se realiza el movimiento es necesario aplicar presión hacia el recto, hasta sentir sensación de hormigueo o picor. Se debe hacer hincapié, en que la mujer logre concentrarse en sus músculos perineales mientras realiza el masaje, que sea capaz de familiarizarse con la presión y el ardor que puede aparecer, y que a pesar de ello logre mantener la musculatura relajada. (El-Azim & Elngger, 2011) (Shipman, 1997)

Al principio es posible que sientan incomodidad, pero con la práctica, el periné va cediendo y relajándose y el malestar va disminuyendo. (Oxford University Hospitals, 2017) (Shipman, 1997)

Contraindicaciones:

El masaje perineal está contraindicado en casos de herpes o infecciones genitales activas. (Oxford University Hospitals, 2017)

Apreciación de las mujeres:

Lebrecque (2001) realizó un estudio observacional controlado aleatorio en el cual tenían como objetivo determinar cómo las mujeres que practicaron el masaje perineal durante el embarazo evalúan dicha técnica.

Las mujeres que completaron el cuestionario postparto refieren que en el transcurso de las primeras semanas de realización del masaje fue una experiencia un tanto incómoda, dolorosa la cual causaba sensación de

ardor. Dieron como ejemplo de incomodidad la dificultad para llegar a la vagina por el tamaño del útero y notaron calambres en dedos y muñecas.

Transcurriendo la segunda y tercera semana de masaje la mayoría refieren que esa sensación de ardor y dolor fue disminuyendo o había desaparecido, referían que les resultaba más fácil realizar el masaje y hasta agradable.

El promedio de las mujeres afirma que el masaje las ayudó a prepararse para el parto. Para la mayoría contar con la participación de la pareja fue una experiencia positiva. El interés y el aliento de la pareja les resulto motivacional.

Con respecto a los beneficios del masaje, refieren una mayor elasticidad del periné y flexibilidad del introito vaginal, pudieron percibir un aumento en la tolerancia de la distensión perineal durante el parto antes de sentir molestia o dolor.

Un 79% de las mujeres que practicaron el masaje informan que volverían a realizarse el masaje si tuvieran otro bebe.

Un 87% le recomendaría el masaje a otra mujer. (Labrecque et al, 2001)

Dispositivo complementario:

El masaje perineal puede complementarse con la utilización de un dispositivo conocido como Epi-No (ver imagen 20-21). Este instrumento fue diseñado por el médico Alemán Wilhelm Horkel, este fue capaz de

diseñar un globo de silicona inflable acoplado a una bomba manual con pantalla de presión para dilatar gradualmente la vagina y el periné al final del embarazo, para así reducir el riesgo de presentar trauma perineal durante el parto vaginal. También sugieren que la utilización de este dispositivo se vincula con otros beneficios, como período expulsivo más corto, menos necesidad de solicitar analgesia y mejores valores de Apgar al minuto. (Shek et al, 2010)



Imagen 20: Dispositivo Epi-No.

Extraído: https://www.logarsalud.com/fisioterapia/suelo-pelvico/epi-no-ejercitador-de-suelo-pelvico-laca_4037696011917.html?product_rewrite=epi-no-ejercitador-de-suelo-pelvico-laca-4037696011917.

Consultado: 25/4/20



Imagen 21: Dispositivo Epi-No.

Extraído: https://www.logarsalud.com/fisioterapia/suelo-pelvico/epi-no-ejercitador-de-suelo-pelvico-laca_4037696011917.html?product_rewrite=epi-no-ejercitador-de-suelo-pelvico-laca-4037696011917.

Consultado: 25/4/20

Al igual que para el masaje perineal, existe una base fisiológica muscular en la cual se produce una disminución de la rigidez, así mismo, es posible suponer que el estiramiento anteparto a corto plazo del elevador del ano puede proteger el perineo y el musculo elevador del trauma. (Shek et al, 2010)

La forma de utilizar el dispositivo Epi-No es introduciendo parte del balón en la vagina desinflado y lubricado (ver imagen 22), se debe alentar a que la mujer se encuentre relajada en una posición cómoda, sentada o acostada.

Se comienza contrayendo la musculatura provocando el ascenso del balón durante 10 segundos y luego relajando otros 10 segundos, repitiendo esta secuencia durante 10 minutos.

Se recomienda mantener inflado el balón durante 10 minutos e ir aumentando en cada sesión de forma progresiva la presión y el diámetro alcanzado.

Para finalizar la sesión se debe relajar la musculatura permitiendo que el balón salga de forma lenta, para simular la salida fetal y así tomar conciencia de la sensación. (García et al, 2018)



Imagen 22: Epi-No

Extraído: <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/tania-sanchez/preparacion-al-parto-pujos-y-flexibilizacion-del-perine-epi-no/>

Consultado: 26/4/20

Para comprobar la eficacia del dispositivo se realizó un estudio unicéntrico, prospectivo, observacional comparativo donde se comparaba la eficacia en un grupo control, grupo de masaje perineal y grupo de Epi-No, donde obtuvieron una menor tasa de episiotomía en el grupo Epi-No (37%), frente al grupo de masaje (55,3%) y grupo control (89%), siendo las diferencias presentadas estadísticamente significativas.

También se comprobó mayor porcentaje de perinés íntegros.

A su vez encontraron relación significativa entre el diámetro alcanzado con el Epi-No y buenos resultados perineales (Artola et al, 2013)

Eficacia:

En cuanto a la eficacia de la realización del masaje perineal, Shipman (1997) diseñó un estudio prospectivo aleatorizado simple ciego para estudiar los efectos del masaje perineal prenatal en mujeres nulíparas con embarazo único en los resultados perineales. Se comparó un grupo asignado al masaje (n=332) con un grupo control (n=350). Se solicitó a las mujeres del grupo masaje, que lo realizaran de 3 a 4 veces por semana durante 4 minutos comenzando 6 semanas antes de la fecha probable de parto. Se proporcionó una botella de aceite de almendras dulces para utilizar como lubricante. Un 32,9% de las mujeres asignadas al grupo masaje cumplieron las indicaciones propuestas, un 52,1% lo hicieron de forma parcial, y un 15% no realizaron el masaje.

Los resultados del estudio determinaron una reducción de desgarros de segundo y tercer grado y de episiotomías de 6.1% en el grupo que realizó el masaje. También observaron una reducción de partos instrumentales del 6.3%. (Shipman, 1997)

Davidson et al (2000) realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el cual utilizó una muestra de 368 mujeres cuyo parto fue asistido por Parteras en EE. UU entre 1979 y 1995. La muestra fue de 307 multíparas y 69 primíparas. Las mujeres que eran incluidas al grupo de masaje informaron haber realizado el masaje en al menos 3 ocasiones.

El análisis mostró que las mujeres que informaron haber realizado el masaje tenían significativamente menos laceraciones mayores que las mujeres que no hicieron el masaje.

Dentro de las mujeres que practicaron el masaje un 76% presentó periné intacto, 20% laceración de primer grado, y un 4% presentó desgarro de segundo grado.

Las mujeres que no realizaron el masaje un 50% presentó un periné intacto, un 34% laceración de primer grado y un 12% desgarro de segundo grado.

Si comparamos primíparas y multíparas, un 87% (n=39) de las primíparas que realizaron el masaje presentaron un periné intacto, frente a un 64% (n=34) de multíparas.

Lebrecque et al (2000) realizaron un ensayo aleatorizado donde su objetivo era evaluar el efecto del masaje perineal realizado durante el embarazo en los síntomas perineales 3 meses luego del parto. Se dividió en dos grupos, al grupo experimental se les enseñó la técnica de masaje perineal y al otro grupo no. Se entregaron cuestionarios sobre dolor perineal, dispareunia, satisfacción sexual e incontinencia de orina y fecal al momento de entregado el cuestionario y luego 3 meses previo al parto. Los resultados mostraron que las mujeres sin parto previo no presentaron diferencia significativa entre los dos grupos con respecto a los ítems antes mencionados. Entre las mujeres con un parto previo si se mostraron diferencias, el grupo de masaje (n=187) presentó menos dolor perineal que el grupo control (n=190), 93.6% frente a 85.8%. No se observaron diferencias en los demás ítems.

Beckmann y Garrett (2008) para una revisión Cochrane evaluaron el efecto del masaje perineal antes de parto sobre la incidencia del traumatismo perineal en el momento del parto y la morbilidad posterior.

Incluyeron 3 ensayos (Lebrecque 1994, Lebrecque 1999, Shipman 1997) con un total de 2434 mujeres en el cual compararon el masaje perineal con un grupo control. Los resultados mostraron que el masaje perineal se vinculó con una disminución del 9% en la incidencia del traumatismo que requiere sutura. Este resultado se muestra de forma significativa solo en mujeres primíparas. En cuanto a los desgarros de diferente grado de presentación no se encontraron resultados estadísticamente significativos. Se encontró una diferencia significativa del 15% en la probabilidad de requerir episiotomía, nuevamente en primíparas. En cuanto al dolor perineal postparto el masaje perineal prenatal reduce la probabilidad de dolor en mujeres multíparas. Como conclusión los autores recomiendan que las mujeres reciban información sobre el beneficio del masaje.

El-Azim y Elngger (2011) realizaron un estudio cuasi experimental, donde tenían como objetivo evaluar el efecto del masaje perineal regular durante el último mes de embarazo sobre los resultados perineales. En mujeres nulíparas con embarazo único. La muestra fue de 60 mujeres, 30 pertenecían al grupo control y 30 al grupo masaje. El grupo masaje recibió instrucciones de practicar el masaje según la técnica ya mencionada. Los resultados mostraron que un 66,7% de las mujeres del grupo masaje presentaron un periné intacto frente a un 36,7% del grupo control. Dentro del grupo masaje un 16,7% necesito episiotomía en comparación con un 26,7% del grupo control. La otra diferencia fue en cuanto a laceración de primer grado lo cual en el grupo masaje fue e 10% frente a un 23,3%. En cuanto a los desgarros de segundo, tercer, cuarto grado y dolor perineal postparto no se encontraron diferencias significativas.

Onyebuchi et al (2018) realizaron un ensayo aleatorizado y controlado, en 108 primigestas. Obtuvieron como resultado que un 50.9% de las mujeres pertenecientes al grupo masaje presentaron un periné intacto en comparación a un 29,1% del grupo control. Determinaron que la incidencia de episiotomía fue significativamente menor en el grupo masaje 37,7% frente a 58.2% del control.

CONSIDERACIONES FINALES

Luego de realizada la lectura de las diferentes bibliografías presentadas a lo largo de estos capítulos, según los objetivos propuestos para este trabajo, puedo concluir que la realización del masaje perineal a partir de las 34-35 semanas de embarazo se vincula con una reducción de la incidencia de traumatismo perineal.

Como futura Obstetra Partera, remarco la importancia de las actividades de prevención a lo largo del embarazo como manera de prevenir complicaciones en el postparto, aquellas posibles de modificar. El masaje perineal se vinculó con una mejora en los resultados en cuanto a daño perineal, por lo tanto creo conveniente comenzar a incorporar esta herramienta en clases de parto

Fueron varios los estudios que lograron identificar una menor prevalencia de lesiones perineales en mujeres que practicaron el masaje, en comparación con las mujeres que no lo llevaron a cabo. Fue posible apreciar que esta disminución es mayormente significativa en mujeres sin un parto previo. La posible explicación es que el masaje perineal es efectivo en distender el periné, por lo tanto, cobra menor valor en mujeres con un parto previo las cuales ya pasaron por esta distensión.

En contraposición no se logró establecer que la realización de masaje sea capaz de disminuir los desgarros de diferente grado de presentación.

En cuanto a la realización de episiotomía se mostró que ésta fue menor en el grupo que llevo a cabo el masaje en su embarazo.

Por lo tanto, se puede atribuir que la disminución en la incidencia de daño en el periné se vincule en gran medida con la disminución en la realización de la episiotomía.

Según las fuentes bibliográficas se visualizó una disminución del dolor perineal postparto sólo en mujeres con partos previos.

En cuanto a la técnica de realización, se logró describir la más utilizada o recomendada según la mayoría de las fuentes bibliográficas, incluyendo la utilización de un dispositivo poco conocido, el cual tiene un respaldo de efectividad demostrada.

Mis recomendaciones basadas en evidencia consultada es que deberíamos comenzar a fomentar la practica de masaje perineal durante el embarazo a las mujeres que concurren al control obstétrico o a clases de preparación para el parto.

Dado lo antes comprobado, es una técnica de la cual se conoce poco en Uruguay o prácticamente no se conoce, mientras que en otros países es frecuentemente recomendada.

Es una práctica que no se vinculó con efectos adversos, por lo tanto, cualquier intervención que no conlleve un efecto negativo, debería ser practicada si esto conlleva posibles beneficios para la mujer.

Por lo que fue posible describir la mayoría de las mujeres que realizaron el masaje en su embarazo lo recomendarían a otras mujeres y lo volverían a practicarlo, refiriéndose al masaje como una práctica agradable.

Se sintieron contenidas por sus parejas, siendo esto un pilar importante durante el embarazo

Dentro del rol de la Obstetra Partera se detalla la necesidad de realizar actividades de prevención y la importancia de mantenernos actualizadas, de aquí la importancia de poder ofrecer a las mujeres nuevas técnicas basadas en recomendaciones científicas que muestran beneficios, brindándoles

herramientas para transcurrir el embarazo y parto de la manera más amena posible.

Según mi apreciación personal, y según mi experiencia clínica, pude apreciar que son muchas las mujeres que desconocen su cuerpo. Creo que esta práctica, favorece el autoconocimiento, el cuidado, y al poder involucrar a la pareja favorece la conexión y contención de la mujer en esta etapa.

Creo que es necesario continuar investigando y profundizando en el tema ya que no hay investigaciones al respecto en Uruguay. Sería interesante valorar como se sentirían las mujeres uruguayas realizando el masaje. Pienso que es necesario comenzar a derribar tabúes y fomentar que la mujer se conozca, se examine y el embarazo puede ser un momento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M., & Reinar, L. (7 de 12 de 2011). *Cochrane*.
Obtenido de Cochrane:
https://www.cochrane.org/es/CD006672/PREG_tecnicas-perineales-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-reducir-el-traumatismo
- Abril, F., Guevara, A., Ramos, A., & Rubio, J. (2009). Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en el Hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 143-151.
- Álvarez, E., & Arnedillo, M. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesión*, 64-68.
- Artola, M., Sánchez, A., Gippini, I., Gómez, M., Estaca, G., & Cristóbal, I. (2013). ¿Es el dispositivo Epi-No una herramienta de prevención de las lesiones perineales de origen obstétrico? *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 125-133.
- Ashton-Miller, J., & DeLancey, J. (2009). On the Biomechanics of Vaginal. *The Annual Review of Biomedical Engineering*, 163-176.
- Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. (s.f.). *Asociación Española de Ginecología y Obstetricia*. Recuperado el 05 de Marzo de 2020, de Asociación Española de Ginecología y Obstetricia: <https://www.aego.es/otra-informacion/anatomia-del-genital-femenino>
- Beckmann, M., & Garrett, A. (2008). *The Cochrane Collaboration*. Obtenido de The Cochrane Collaboration:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub2/e/pdf/full>
- Calais-Germain, B. (1998). *Anatomía para el movimiento. El perine femenino y el parto*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo, S.L.

- Carrillo, G., & Sanguineti, M. (2013). Anatomía del piso pélvico. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 185-189.
- Christianson, Bovbjerg, McDavitt, & Hullfish. (2003). Risk factors for perineal injury during delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 255-260.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2010). *Williams Obstetricia*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Davidson, K., Jacoby, S., & Scott, M. (2000). Prenatal Perineal massage: ¿Preventing lacerations during delivery? *JOGNN Clinical Studies*, 474-479.
- Eason, E., Labrecque, M., Wells, G., & Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 464-471.
- El-Azim, H. A., & Elngger, N. S. (2011). Effect of regular perineal massage during the month of pregnancy on perineal outcomes. *Zagazig Nursing Journal*, 33-48.
- Escuela de Parteras. (s.f.). *Escuela de Parteras*. Obtenido de Escuela de Parteras: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/Perfil%20y%20Competencias%20de%20la-del%20Obstetra-Partera.pdf>
- Fatton, B., Cayrac, M., Letouze, V., Masia, F., Mousty, E., Marès, P., & al., e. (2015). Anatomía funcional del piso pélvico. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 1-20.
- Ferreira, C., & Fernandes, M. (2016). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 539-551.
- García, E., Marquez, A., & Aragundez, P. (2018). Eficacia del dispositivo Epi-no como prevención del daño perineal del parto. *Scielo*.
- IMPO. (19 de 11 de 2007). *IMPO*. Obtenido de IMPO: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/445-2007>

Jones, L., & Marsden, N. (2008). The application of antenatal perineal massage: a review of literature to determine instruction, dosage and technique. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapist in Women's Health*, 8-11.

King's College Hospital. (2018). *King's College Hospital*. Obtenido de King's College Hospital: <https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20522.3%20-%20care%20of%20your%20perineum.pdf>

Labrecque, M., E. E., & Marcoux, S. (2001). Women's view on the practice of perineal massage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 499-504.

Lorenzo-Pliego, M. A., & Villanueva-Egan, L. A. (2013). Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto en las prácticas rutinarias. *Conamed*, 111-116.

M López, M. P. (13 de 03 de 2018). *Medicina Fetal Barcelona*. Obtenido de Medicina Fetal Barcelona: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9trica/new.pdf>

Melean, A. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 53-57.

OMS. (1998). OMS. Obtenido de OMS: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=6E07D8C47198E90E5E0975019971090D?sequence=1

OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

Onyebuchi, E., Sunday, E., Nnmdi, S., Uchenna, G., & Chukwuma, B. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 1252-1258.

Oxford University Hospitals. (8 de 2017). *Oxford University Hospitals*. Obtenido de Oxford University Hospitals: www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/library.aspx

Saldarriaga, W., & Artuz, M. (2010). *Fundamentos de Ginecología y Obstetricia*. Colombia: Universidad del Valle, Programa Editorial.

Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2014). *Obstetricia*. El ateneo.

Shek, K., Chantarasom, K., Langer, S., & Dietz, H. (2010). Does the Epi-No® Birth Trainer reduce levator trauma? *The International Urogynecological Association*, 1521–1528.

Shipman, M. (1997). Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 787- 791.

Silva, G., Alarcón, M., & Álvarez, P. (2012). *La episiotomía: ¿Una técnica a extinguir?* . España.

Vardon, D., Reinbold, D., & Dreyfus, M. (2014). Episiotomía y desgarros obstétricos. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 1-17.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de. *Scielo*, 11-14.

Zoraida de la Rosa-Várez, M. T.-C. (18 de 2 de 2013). Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 19-23. Obtenido de Matronas profesión: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-maniobras-14-1.pdf>