



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal (Revisión)

Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M

Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M.

Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma

(Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal).

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672.

DOI: [10.1002/14651858.CD006672.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

**Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal (Revisión)**

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

**WILEY**

[Revisión de intervención]

# Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal

Vigdis Aasheim<sup>1</sup>, Anne Britt Vika Nilsen<sup>1</sup>, Liv Merete Reinar<sup>2</sup>, Mirjam Lukasse<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Bergen, Norway. <sup>2</sup>Division for Health Services, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. <sup>3</sup>Faculty of Health and Social Sciences, University College of Southeast Norway, Oslo, Norway. <sup>4</sup>Faculty of Health Sciences, Oslo and Akershus University College, Oslo, Norway

**Contacto:** Vigdis Aasheim, Faculty of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Bergen, Norway. [vaa@hvl.no](mailto:vaa@hvl.no).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

**Estado y fecha de publicación:** Edited (no change to conclusions), comment added to review, publicada en el número 6, 2018.

**Referencia:** Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: [10.1002/14651858.CD006672.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

La mayoría de los partos vaginales se asocian con traumatismo del tracto genital. La morbilidad asociada con el traumatismo perineal es significativa, especialmente cuando se trata de desgarros de tercer y cuarto grado. Se han utilizado diferentes intervenciones como el masaje perineal, las compresas frías o calientes y las técnicas de tratamiento perineal para prevenir el traumatismo. Ésta es una actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en el 2011.

### Objetivos

Evaluar el efecto de las técnicas perineales durante el periodo expulsivo del trabajo de parto sobre la incidencia y la morbilidad asociadas con el traumatismo perineal.

### Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (26 de septiembre 2016) y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

### Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados y cuasialeatorizados publicados y no publicados que evaluaron cualquier técnica perineal descrita durante el período expulsivo. Los ensayos cruzados (cross-over) no fueron elegibles para su inclusión.

### Obtención y análisis de los datos

Tres autores de la revisión de forma independiente evaluaron los ensayos para su inclusión, extrajeron los datos y examinaron la calidad metodológica. Se verificó la exactitud de los datos.

### Resultados principales

Veintidós ensayos fueron elegibles para su inclusión (20 ensayos proporcionaron datos e incluyeron 15 181 mujeres). Los ensayos tuvieron riesgo de sesgo moderado a alto; en ninguno el cegamiento fue adecuado, y en la mayoría el riesgo fue incierto para la ocultación de la asignación y para los datos de resultados incompletos. Las intervenciones comparadas incluyeron el masaje perineal, las compresas frías y calientes y otras técnicas de tratamiento perineal.

La mayoría de los estudios no informaron datos sobre los resultados secundarios. La calidad de la evidencia se disminuyó debido al riesgo de sesgo, la inconsistencia y la imprecisión en todas las comparaciones.

### **No intervenir (o preparado) en comparación con intervenir**

No hubo diferencias claras entre no intervenir o intervenir en el perineo en cuanto a la incidencia del perineo intacto (riesgo relativo [RR] promedio 1,03; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,95 a 1,12; dos estudios, Tau<sup>2</sup> 0,00; I<sup>2</sup> 37%; 6547 mujeres; evidencia de calidad moderada), desgarros perineales de primer grado (RR promedio 1,32; IC del 95%: 0,99 a 1,77; dos estudios, 700 mujeres; evidencia de calidad baja), desgarros de segundo grado (RR promedio 0,77; IC del 95%: 0,47 a 1,28; dos estudios, 700 mujeres; evidencia de calidad baja), o desgarros de tercer o cuarto grado (RR promedio 0,68; IC del 95%: 0,21 a 2,26; cinco estudios, Tau<sup>2</sup> 0,92; I<sup>2</sup> 72%; 7317 mujeres; evidencia de calidad muy baja). La considerable heterogeneidad para los desgarros de tercer o cuarto grado significa que estos datos se deben interpretar con cautela. La episiotomía fue más frecuente en el grupo de intervenir (RR promedio 0,58; IC del 95%: 0,43 a 0,79, Tau<sup>2</sup> 0,07; I<sup>2</sup> = 74%; cuatro estudios, 7247 mujeres; evidencia de calidad baja), pero hubo heterogeneidad considerable entre los cuatro estudios incluidos.

No hubo datos sobre el trauma perineal que requirió sutura.

### **Compresas calientes versus control (no intervenir o ninguna compresa caliente)**

Una compresa caliente no tuvo un efecto claro sobre la incidencia de perineo intacto (RR promedio 1,02; IC del 95%: 0,85 a 1,21; 1799 mujeres; cuatro estudios; evidencia de calidad moderada), traumatismo perineal que requirió sutura (RR promedio 1,14; IC del 95%: 0,79 a 1,66; 76 mujeres; un estudio; evidencia de calidad muy baja), desgarros de segundo grado (RR promedio 0,95; IC del 95%: 0,58 a 1,56; 274 mujeres; dos estudios; evidencia de calidad muy baja), o episiotomía (RR promedio 0,86; IC del 95%: 0,60 a 1,23; 1799 mujeres; cuatro estudios; evidencia de calidad baja). No se conoce con certeza si la compresa caliente aumenta o reduce la incidencia de desgarros de primer grado (RR promedio 1,19; IC del 95%: 0,38 a 3,79; 274 mujeres; dos estudios; I<sup>2</sup> 88%; evidencia de calidad muy baja).

Se informó de menos desgarros perineales de tercer o cuarto grado en el grupo de compresas calientes (RR promedio 0,46; IC del 95%: 0,27 a 0,79; 1799 mujeres; cuatro estudios; evidencia de calidad moderada).

### **Masaje versus control (no intervenir o atención habitual)**

La incidencia de perineo intacto aumentó en el grupo de masaje perineal (RR promedio 1,74; IC del 95%: 1,11 a 2,73, seis estudios, 2618 mujeres; I<sup>2</sup> 83%; evidencia de calidad baja), pero hubo heterogeneidad considerable entre los estudios. Este grupo presentó menos desgarros de tercer o cuarto grado (RR promedio 0,49; IC del 95%: 0,25 a 0,94; cinco estudios, 2477 mujeres; evidencia de calidad moderada).

No hubo diferencias claras entre los grupos en cuanto a los traumatismos perineales que requirieron sutura (RR promedio 1,10; IC del 95%: 0,75 a 1,61; un estudio, 76 mujeres; evidencia de calidad muy baja), los desgarros de primer grado (RR promedio 1,55; IC del 95%: 0,79 a 3,05, cinco estudios, Tau<sup>2</sup> 0,47; I<sup>2</sup> 85%, 537 mujeres; evidencia de calidad muy baja), o los desgarros de segundo grado (RR promedio 1,08; IC del 95%: 0,55 a 2,12, cinco estudios, Tau<sup>2</sup> 0,32; I<sup>2</sup> 62%, 537 mujeres; evidencia de calidad muy baja). El masaje perineal puede reducir la episiotomía, aunque hubo incertidumbre considerable en torno a la estimación del efecto (RR medio 0,55; IC del 95%: 0,29 a 1,03; siete estudios, Tau<sup>2</sup> 0,43; I<sup>2</sup> 92%; 2684 mujeres; evidencia de calidad muy baja). La heterogeneidad fue alta para el desgarro de primer grado, el desgarro de segundo grado y para la episiotomía, pero los datos se deben interpretar con cautela.

### **Maniobra de Ritgen versus atención estándar**

Un estudio (66 mujeres) encontró que las mujeres a las que se les realizó la maniobra de Ritgen tuvieron menos probabilidades de presentar un desgarro de primer grado (RR 0,32; IC del 95%: 0,14 a 0,69; evidencia de calidad muy baja), más probabilidades de presentar un desgarro de segundo grado (RR 3,25; IC del 95%: 1,73 a 6,09; evidencia de calidad muy baja), y ni más ni menos probabilidades de tener el perineo intacto (RR 0,17; IC del 95%: 0,02 a 1,31; evidencia de calidad muy baja). Un estudio más grande informó que la maniobra de Ritgen no tuvo efecto sobre la incidencia de desgarros de tercer o cuarto grado (RR 1,24; IC del 95%: 0,78 a 1,96.1423 mujeres; evidencia de calidad baja). La episiotomía no fue claramente diferente entre los grupos (RR 0,81; IC del 95%: 0,63 a 1,03, dos estudios, 1489 mujeres; evidencia de calidad baja).

### **Otras comparaciones**

El parto primero del hombro posterior versus el anterior, el uso de un dispositivo de protección perineal, diferentes aceites/ceras y las compresas frías no mostraron efecto sobre los resultados, con la excepción de una mayor incidencia de perineo intacto con el dispositivo perineal. Solo un estudio contribuyó a cada una de estas comparaciones.

### **Conclusiones de los autores**

Evidencia de calidad moderada indica que las compresas calientes y el masaje pueden reducir los desgarros de tercer y cuarto grado, pero la repercusión de estas técnicas sobre otros resultados no estuvo clara o no fue consistente. Evidencia de calidad deficiente indica que las

técnicas de no intervenir pueden reducir la episiotomía, pero esta técnica no tuvo una repercusión clara sobre otros resultados. No hubo datos suficientes para demostrar si otras técnicas perineales dan lugar a mejores resultados.

Se podrían realizar estudios de investigación adicionales para evaluar las técnicas perineales, las compresas calientes y el masaje, y cómo los diferentes tipos de aceite utilizados durante el masaje afectan a las mujeres y a los recién nacidos. Es importante que en cualquier estudio de investigación futuro se recopile información sobre las opiniones de las mujeres.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal

#### ¿Cuál es el problema?

Los partos vaginales se suelen asociar con algún tipo de traumatismo en el tracto genital, y los desgarros que afectan al esfínter anal o a la mucosa (desgarros de tercer y cuarto grado) pueden causar graves problemas. El trauma perineal puede ocurrir espontáneamente o ser el resultado de una incisión quirúrgica (episiotomía). Actualmente se utilizan diferentes técnicas perineales para retrasar el parto de la cabeza del feto y permitir que el perineo se estire lentamente para evitar lesiones. Las parteras y los asistentes del parto utilizan ampliamente el masaje perineal, las compresas calientes y diferentes técnicas de tratamiento perineal. El objetivo de esta revisión fue evaluar el efecto de las técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto sobre la incidencia del traumatismo perineal. Esta es una actualización de una revisión que se publicó por última vez en 2011.

#### ¿Por qué es esto importante?

Un traumatismo en el perineo puede causar dolor y otros problemas a las mujeres después del parto. El daño se describe como desgarros de primer, segundo, tercer y cuarto grado; los de primer grado son los menos dañinos y los de cuarto grado los más importantes. Los desgarros de tercer y cuarto grado afectan al esfínter anal o a la mucosa, y causan la mayoría de los problemas. Reducir el uso de episiotomías reducirá el traumatismo perineal. Además, se utilizan diferentes técnicas perineales para retrasar el parto de la cabeza del feto. Las parteras y los asistentes del parto utilizan ampliamente el masaje perineal, las compresas calientes y diferentes técnicas de tratamiento perineal. Es importante conocer si estos procedimientos reducen el traumatismo y el dolor de las mujeres.

#### ¿Qué evidencia se encontró?

Se buscaron estudios en septiembre 2016. Veintidós ensayos fueron elegibles para su inclusión en esta revisión actualizada, pero solo veinte estudios (con 15 181 mujeres) contribuyeron con resultados a la revisión. Las participantes en los estudios incluidos fueron mujeres sin complicaciones médicas en las que se esperaba un parto vaginal. Los estudios variaron en cuanto al riesgo de sesgo, y la calidad de los estudios fue muy baja a moderada.

#### **No intervenir (o preparado) en comparación con intervenir**

"No intervenir" en el perineo dio lugar a que menos mujeres se sometieran a una episiotomía (evidencia de calidad baja), pero no supuso una diferencia en cuanto al número de mujeres sin desgarros (evidencia de calidad moderada), desgarros de primer grado (evidencia de calidad baja), desgarros de segundo grado (evidencia de calidad baja) o desgarros de tercer o cuarto grado (evidencia de calidad muy baja). Hubo considerables diferencias inexplicables en los resultados entre los cuatro estudios. Ninguno de los estudios proporcionó datos sobre el número de desgarros que requirieron sutura.

#### **Compresas calientes versus control (no intervenir o ninguna compresas caliente)**

Menos mujeres del grupo de compresas calientes presentaron desgarros de tercer o cuarto grado (evidencia de calidad moderada). Una compresa caliente no afectó al número de mujeres con el perineo intacto (evidencia de calidad moderada), los desgarros que requirieron sutura (evidencia de calidad muy baja), los desgarros de segundo grado (evidencia de calidad muy baja) o las episiotomías (evidencia de calidad baja). No se conoce si las compresas calientes aumentan o reducen la incidencia de los desgarros de primer grado (evidencia de calidad muy baja).

#### **Masaje versus control (no intervenir o atención habitual)**

Hubo más mujeres con el perineo intacto en el grupo de masaje perineal (evidencia de calidad baja), y menos mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado (evidencia de calidad moderada). El masaje no pareció hacer una diferencia en las mujeres con traumatismo perineal que requirió sutura (evidencia de calidad muy baja), desgarros de primer grado (evidencia de calidad muy baja), desgarros de segundo grado (evidencia de calidad muy baja) o episiotomías (evidencia de calidad muy baja).

#### **Maniobra de Ritgen versus atención estándar**

Un estudio pequeño encontró que las mujeres a las que se les realizó la maniobra de Ritgen tuvieron menos desgarros de primer grado (evidencia de calidad muy baja), pero más desgarros de segundo grado (evidencia de calidad muy baja). No hubo diferencias entre los grupos en cuanto al número de desgarros de tercer o cuarto grado, ni en cuanto a las episiotomías (ambas evidencia de calidad baja).

---

### ¿Qué significa esto?

Se encontró que el masaje y las compresas tibias pueden reducir el trauma perineal grave (desgarros de tercer y cuarto grado). Las técnicas de no intervenir pueden reducir el número de episiotomías, pero no estuvo claro si esas técnicas tuvieron un efecto beneficioso sobre otros traumas perineales. Aún existe incertidumbre sobre el valor de otras técnicas para reducir los daños en el perineo durante el parto.

Se necesitan estudios de investigación adicionales para evaluar las diferentes técnicas perineales y responder las preguntas sobre cómo minimizar el trauma perineal. No hay evidencia suficiente sobre las experiencias y opiniones de las mujeres (solo un estudio incluido reunió información al respecto). Es importante que los estudios de investigación futuros determinen si estas intervenciones son aceptables para las mujeres.