

Masaje perineal

Perineal massage

Autores: Laura Duarte González (1), Silvia García González (2), M. Carmen Mejías Paneque (3).

Dirección de contacto: lauraduarte2007@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Duarte González L, García González S, Mejías Paneque C. Masaje perineal. NURE Inv [Internet]. Ene-feb 2013 [citado día mes año]; 10(62):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE62_protocolo_mperineal.pdf

Fecha recepción: 02/11/2011

Aceptado para su publicación: 20/11/2011

Resumen

La mayoría de las mujeres quiere dar a luz sin desgarros perineales, cortes ni suturas, porque los mismos a menudo causan dolor y malestar posterior y es posible que repercutan de forma negativa en el funcionamiento sexual. Se sugiere el masaje perineal durante el último mes del embarazo como una manera posible de permitirle al tejido perineal expandirse con mayor facilidad durante el parto. El masaje perineal, que realiza la mujer o su pareja (durante sólo una o dos veces a la semana a partir de las 35 semanas), reduce la probabilidad de traumatismo perineal (principalmente episiotomías) y del dolor perineal continuo durante y tras el parto.

La FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) reconoce que el masaje perineal durante la gestación reduce el trauma perineal (episiotomías y desgarros) durante el parto.

Palabras clave

Masaje, periné, dolor, embarazo.

Abstract

Most women want to give birth without perineal tears, cuts or sutures, because these often cause back pain and discomfort and may have a negative impact on sexual functioning. It is suggested that perineal massage during the last month of pregnancy as a possible way of allowing the perineal tissue to expand more easily during birth. Perineal massage, which makes the woman or her partner (for only one or two times a week from 35 weeks) reduces the likelihood of perineal trauma (mainly episiotomies) and perineal pain during and after birth.

The FAME (Federation of Associations for Midwives in Spain) recognizes that perineal massage during pregnancy reduces perineal trauma (episiotomy and tears) during childbirth.

Key words

Massage, perineum, pain, pregnancy.

Centro de Trabajo: (1) Matrona Distrito Huelva Costa; (2) Matrona Hospital Juan Ramón Jiménez; (3) Matrona Hospital Virgen Macarena.

Introducción

El trauma del aparato genital con frecuencia acompaña al parto vaginal. Se clasifica el trauma perineal como de primer grado (que incluye la horquilla posterior [*"fourchette"*], la piel perineal y la membrana mucosa vaginal), de segundo grado (que incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal), de tercer grado (que incluye el esfínter anal) y de cuarto grado (que incluye la mucosa rectal) (1). Es posible que el trauma del aparato genital se produzca como resultado de las episiotomías (incisión para aumentar el tamaño de la abertura vaginal), los desgarros espontáneos o ambos. Aunque en algunos países la frecuencia de episiotomía se redujo en años recientes, las tasas generales del trauma permanecen altas. Existe una variación considerable en las tasas de traumatismo perineal informadas, debido a la inconsistencia en las definiciones y las prácticas de notificación. En los estudios del uso restrictivo de la episiotomía (2,3), aún del 51% al 77% de las mujeres tuvieron un trauma lo suficientemente extenso para requerir sutura. Incluso en un contexto de parto domiciliario aproximadamente el 30% de las mujeres experimenta algún grado de trauma perineal. Las tasas de trauma son especialmente altas en las mujeres que tienen su primer parto.

El trauma perineal puede estar asociado con morbilidad significativa a corto y largo plazo. La mayoría de las mujeres experimenta dolor perineal o malestar en los primeros días después de un parto vaginal. El 40% de las mujeres con trauma perineal describen dolor en las dos primeras semanas después del parto, hasta un 20% de las mujeres todavía sienten dolor a las ocho semanas y de un 7% a un 9% notifican que sienten dolor a los tres meses. Sin embargo, las mujeres que dan a luz con un periné intacto notifican con menor frecuencia la presencia de dolor a 1, 2, 10 y 90 días después del parto (2).

El dolor o el malestar perineal son frecuentes y es posible que afecten el funcionamiento sexual normal. Después del parto vaginal, la dispareunia (sexo doloroso) es referida por el 60% de las mujeres a los 3 meses, el 30% a los 6 meses y un 15% de las mujeres todavía experimenta sexo doloroso hasta 3 años más tarde. El trauma del perineo ha sido asociado con dispareunia durante los 3 primeros meses después del parto. Las mujeres con un perineo intacto (en comparación con las que experimentaron trauma perineal) tienen mayor probabilidad de reanudar el coito antes, indican menos dolor con el primer coito, mayor satisfacción con la experiencia sexual y mayor probabilidad de orgasmo 6 meses después del parto (4).

Las mujeres que dan a luz por primera vez con un perineo intacto exhiben suelos pelvianos más fuertes (medido por electromiograma) y experimentan una recuperación muscular más rápida que las mujeres que sufren desgarros espontáneos o episiotomías. Sin embargo, el trauma perineal no ha sido claramente asociado con la incontinencia urinaria. Se identifican lesiones del esfínter o de la mucosa anal después de un 3% a un 4% de todos los partos vaginales, una política de uso restrictivo de la episiotomía no produce la reducción de esta tasa (5). De manera alarmante, un tercio de las lesiones tendrán algún grado de incontinencia de las heces (de leve a severo) después de la reparación primaria. Aproximadamente un 35% de las primíparas exhiben pruebas ecográficas de trauma de tercer o cuarto grado que no se reconocen en el momento del parto y que se supone están asociados con el parto vaginal (6).

No hay pruebas de que las prácticas de parto que tienen como meta la reducción del trauma perineal se correlacionen con medidas de resultado maternos o neonatales adversas. Como resultado del uso restrictivo de episiotomía existe menos trauma perineal posterior, menos suturas y menos complicaciones en la cicatrización. La episiotomía no reduce el riesgo de hemorragia intraventricular en los recién nacidos de bajo peso, y no se demostró que un segundo estadio más largo (que potencialmente evita el trauma perineal) esté asociado con resultados perinatales adversos (7).

El masaje perineal puede resultar una técnica molesta o incluso difícil de aplicar, pero sus beneficios son grandes, ya que incrementar la elasticidad del periné, ayuda a evitar y/o minimizar la presencia de trauma durante el parto. La frecuencia del masaje será de 3 veces por semana durante 10 minutos. Se realizará al menos 3 semanas a partir de la 34ª semana de gestación. Durante el masaje evitaremos presionar la apertura de la uretra para no producir posible infecciones urinarias (4).

Después de una semana empezaremos a notar los resultados sobre el periné y vagina, aumentando su flexibilidad y estiramiento. Debemos tener en cuenta que el masaje perineal durante el embarazo debe de formar parte de un plan para el parto.

Material y método

Preparación del masaje perineal

Debemos elegir una posición para el parto que reduzca la presión sobre el periné, y la distribuya por igual (en cuclillas, sentada, silla de parto, de lado). Hay que recordar que la peor posición es tumbada sobre la espalda o semi sentada y en esta posición es muy difícil evitar un desgarro o episiotomía.

- 1) Lávate bien las manos. Las uñas deben estar recortadas y limpias.
- 2) Vacía la vejiga de orina antes de comenzar. Familiarízate con tu periné. Puedes ayudarte en un espejo.
- 3) Aplícate compresas templadas o realiza el masaje después de haberte duchado.
- 4) Colócate cómodamente. Puedes optar por estar en cuclillas, semisentada o apoyada en la pared.
- 5) Si se realiza automasaje, es más fácil utilizar el pulgar. Para la pareja será el índice y/o el corazón.
- 6) Quien realiza el masaje debe lubricar sus dedos con un aceite antes de empezar.

Cómo realizar correctamente el masaje perineal

- a) Introducir los dedos en la vagina 3-4 cm, presionar hacia abajo y hacia los lados de la vagina con un movimiento de balanceo firme pero delicado, estirando la zona hasta que se sienta una leve sensación de escozor o quemazón. A continuación deslizar el dedo desde la vagina hacia fuera y viceversa, manteniendo una ligera presión durante dos minutos.
- b) Colocar los dedos en la entrada de la vagina (horquilla) y realizar una presión hacia abajo durante dos minutos o hasta que note molestias. Esto ayudará a imaginar la presión que ejercerá la cabeza del bebé.
- c) Después sujetar esta zona entre el dedo pulgar y los opuestos, a modo de pinza, y realizar un movimiento de vaivén, de un lado a otro, para estirar el tejido de la entrada de la vagina y la piel del periné. Realizar este movimiento durante 2-3 minutos.

- d) Para terminar, manteniendo los dedos en la misma posición, realizar estiramientos desde dentro hacia fuera abarcando la zona inferior y lateral de la vagina y piel del periné, durante 2 minutos. Esto ayudará a relajar la zona (8,9).

Resultados

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica para constatar si es eficaz el masaje perineal antenatal y en el expulsivo, para evitar los traumas que tantas molestias causan a las mujeres en el expulsivo y a mediano plazo. Encontramos que el masaje perineal prenatal ayuda a reducir el traumatismo perineal durante el parto y a evitar algunas molestias tras el expulsivo (10). Es una práctica utilizada por los educadores y asistentes al parto, por lo que creemos que debería formar parte, en todos los programas de educación maternal, ya que es aceptada de buen grado por las embarazadas y sus parejas.

Para la mayoría de las mujeres la práctica del masaje perineal es aceptable y creen que les ayuda a prepararse para el parto. Las mujeres expresan que los masajes durante las primeras semanas les resultan incómodos, desagradables e incluso les producen una sensación de dolor o de ardor. La mayoría de las mujeres indican que la sensación de dolor y de ardor disminuye o desaparece en la segunda o tercera semana del masaje. La mayoría (79%) indica que volvería a practicar el masaje y un 87% se lo recomienda a otra embarazada. La mayoría de las mujeres consideró que la participación de su pareja fue positiva (11).

Conclusiones

El traumatismo perineal se asocia con morbilidad postparto significativa. El masaje perineal digital prenatal a partir de aproximadamente las 34-35 semanas de gestación reduce la incidencia del traumatismo perineal que requiere sutura (principalmente episiotomías) y las mujeres tienen menor probabilidad de dolor perineal a los 3 meses después del parto (sin considerar si se realizó o no una episiotomía). Aunque existe un malestar transitorio en las primeras semanas, en general resulta una práctica bien aceptada por las mujeres. De este modo, se aconseja que las mujeres reciban información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo.

Bibliografía

1. Cunningham FG, Grant NF, Leveno KJ et al. Williams obstetrics. 21 Edition. New York: McGraw-Hill, 1997.
2. Albers L, Garcia J, Renfrew M. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. 1999; 26 (1):7-11.
3. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. Journal of Reproductive Medicine 2002;47 (6): 477-482.
4. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstet and Gynecol. 2001; 184 (5): 881-890.
5. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1999. CD000081.
6. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. New England Journal of Medicine. 1993; 329:1905-1911.
7. Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual function and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol. 1994; 171: 591-598.
9. Davidson K, Jacoby S, Brown MS. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. JOGNN. 2000; 29 (5): 474-479.
10. Luque M, Ruiz G, Merino I. Inquietudes: Revista de enfermería. 2008; 14 (38): 19-22.
11. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. BJOG. 2001;108(5):499-504.