

USO DE VASELINA LÍQUIDA EN LA PREVENCIÓN DE LACERACION PERINEAL DURANTE EL PARTO¹

Natalúcia Matos Araújo²

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira³

La mayor parte de los nacimientos por vía vaginal están acompañados por laceraciones perineales. Este es un estudio aleatorio realizado en una maternidad de la ciudad de San Pablo para evaluar la eficacia de la vaselina líquida en la reducción de laceraciones perineales. La muestra fue compuesta por 38 mujeres nulíparas organizadas en un grupo experimental y otro de control. En el grupo experimental fue aplicado 30 ml de vaselina en la región perineal durante el periodo expulsivo. Todas las parturientas realizaron "pujos" espontáneos y se mantuvieron en la posición lateral izquierda. La frecuencia de laceración perineal fue semejante en ambos grupos (experimental 63,2% y grupo control 60,5%). La región posterior del perineo presentó una alta frecuencia de trauma (53,2%). De los casos totales de trauma perineal, 72,3% fueron de laceración de primer grado. Se verificó que el uso de la vaselina en la región perineal no reduce la frecuencia o grado de las laceraciones durante el parto.

DESCRIPTORES: traumatismos del nacimiento; perineo; vaselina; parto; ensayo clínico

THE USE OF LIQUID PETROLEUM JELLY IN THE PREVENTION OF PERINEAL LACERATIONS DURING BIRTH

Most of vaginal births are accompanied by lacerations in the genital tract. This was a randomized study carried out in a Birth Center located in São Paulo city to evaluate the efficacy of liquid petroleum jelly in reducing perineal laceration. The sample was composed of 38 nulliparous women per group (experimental and control). In the experimental group was used 30 ml of the petroleum jelly in the perineal region during the expulsive period. The parturient were allowed to push spontaneously during the delivery and remained in the left side position. The frequency of perineal laceration was similar in both groups (experimental 63.2% versus control 60.5%). The posterior perineum region presented the highest frequency of trauma (53.2%). Of the total cases of perineal trauma, 72.3% were first-degree lacerations. The use of liquid petroleum jelly of perineal protection does not reduce the frequency neither the degree of lacerations in childbirth.

DESCRIPTORS: birth injuries; perineum; petrolatum jelly; childbirth; randomized controlled trials

USO DE VASELINA LÍQUIDA NA PREVENÇÃO DE LACERAÇÃO PERINEAL DURANTE O PARTO

A maioria dos partos vaginais é acompanhada por lacerações do trato genital. Este estudo randomizado foi realizado em um centro de parto normal localizado na cidade de São Paulo, para avaliar a eficácia da vaselina líquida em reduzir o trauma perineal. A amostra foi composta de 38 nulíparas por grupo (experimental e controle). No grupo experimental utilizaram-se 30 ml de vaselina líquida na região perineal durante o período expulsivo. Todas as parturientes realizaram "puxos" espontâneos e permaneceram em posição lateral esquerda. A frequência de laceração perineal foi semelhante em ambos os grupos (experimental 63,2% versus controle 60,5%). A região posterior do períneo apresentou maior frequência de trauma (53,2%). Do total de casos de traumatismo perineal, 72,3% foi de laceração de primeiro-grau.

DESCRIPTORES: traumatismos do nascimento; períneo; vaselina; parto; ensaio clínico

¹ Estudio extraído de Disertación de Maestría; ² Enfermera Obstétrica, Especialista de Laboratorio de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo, e-mail: natalucia@usp.br; ³ Enfermera Obstétrica, Doctora, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil, e-mail: soniaju@usp.br

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los partos transvaginales es acompañada de trauma del tracto genital consecuencia de laceraciones, episiotomía o ambos, particularmente en mujeres primíparas. Las laceraciones de primer grado a veces no necesitan de sutura, las de segundo grado pueden ser fácilmente suturadas bajo anestesia local y, por lo general, cicatrizan sin complicaciones. Las laceraciones de tercer grado, a su vez, pueden tener consecuencias más serias, y deben ser suturadas por un profesional con experiencia, a fin de evitar problemas de fistula o de incontinencia fecal⁽¹⁾.

A pesar de la disminución en la frecuencia de realización de la episiotomía en años recientes, de modo general, las tasas de traumatismo perineal permanecen altas⁽²⁾. Un estudio⁽³⁾ sobre las tasas de episiotomía en el mundo, reveló que el uso de este procedimiento varía de 9,7% (norte de Europa - Suecia) para 96,2% (América del Sur - Ecuador), con tasas más bajas en países de lengua inglesa (América del Norte - Canadá: 23,8% y Estados Unidos: 32,7%) y en muchos países (América del Sur y Central - Brasil: 94,2%, África del Sur - 63,3% y Asia - China: 82%) permanecen elevadas. Algunos estudios clínicos indican que más de la mitad de las mujeres con parto sin episiotomía tienen laceraciones que requieren sutura⁽²⁾. Es conocido que el daño perineal asociado a episiotomía, inclusive cuando no afecta el esfínter anal, algunas veces causa dolor perineal e incontinencia después del parto⁽⁴⁾. Además de eso, estudios recientes han documentado que la episiotomía causa mayor dolor, disfunción sexual, infección, si se compara con la laceración espontánea, teniendo impacto negativo en la salud de la mujer en el post parto⁽⁵⁾. Por otro lado, no hay concordancia en relación a cuales factores de riesgo aumentan o disminuyen el trauma perineal⁽⁵⁻⁸⁾.

Considerando la magnitud de las mujeres que tienen trauma perineal, es necesario realizar intervenciones que ayuden a reducir este trauma. Entre las prácticas usadas para proteger el perineo están: masaje perineal al final de la gestación, pujo espontáneo, posiciones vertical y lateral en el parto, técnica de protección perineal en el desprendimiento cefálico, uso de compresa tibia y de lubricantes en el perineo durante el período de expulsión^(6,9-10). Sin

embargo, una revisión sistemática de técnicas usadas en la prevención del trauma perineal durante el nacimiento no demostró medidas eficaces para evitar las laceraciones perineales⁽⁸⁾.

La vaselina es frecuentemente aplicada en el perineo durante el período de expulsión en el parto normal, para evitar laceraciones o para facilitar el parto, sin embargo, no existen trabajos científicos que indiquen su beneficio. Con la finalidad de disminuir las medidas intervencionistas y la medicación en el parto, es oportuno evaluar formas de minimizar las laceraciones espontáneas del suelo pélvico a fin de reducir el trauma perineal durante el parto. De esta forma, los autores decidieron realizar un ensayo clínico, una vez que no hay evidencias que indiquen el beneficio de la vaselina líquida en reducir el trauma perineal.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la vaselina líquida en la reducción de la laceración perineal.

MÉTODO

Se trata de un ensayo clínico, aleatorio, controlado, sobre el uso de vaselina líquida en la región perineal durante el período de expulsión en parturientas sin parto transvaginal anterior. Fue realizado en el Centro de Parto Normal del Amparo Maternal, maternidad filantrópica, localizada en la zona Sur del municipio de San Pablo, Brasil. En este Centro de Parto, donde son atendidas mujeres de todas las regiones de la ciudad de San Pablo y realizados aproximadamente 900 partos por mes. Durante dos meses (agosto y septiembre, 2001), ocurrieron 1.458 (79%) partos normales, 379 (20,5%) cesáreas y 9 (0,5%) forcep, cerca de 45% de estas mujeres eran nulíparas y casi un cuarto de ellas tenía 19 años o menos (datos clínicos del servicio do Amparo Maternal).

En este servicio, un equipo de médicos obstetras es el responsable de la admisión de mujeres en trabajo de parto, cabiendo a la enfermera obstetra asistirlas en el trabajo de parto y parto normal. El uso de la vaselina líquida en la región perineal durante el período de expulsión es una práctica común entre las enfermeras obstétricas de esa maternidad.

Participantes en la muestra

Fueron incluidas en el estudio las parturientas observándose los siguientes criterios: no haber tenido parto transvaginal previo; edad igual o mayor a 15 años (en este servicio, existe un número elevado de adolescentes); edad de gestación entre 37 y 41 semanas y 6 días; con feto único y vivo en presentación cefálica flexionada; tener altura uterina de hasta 36cm en el momento de la internación; estar con dilatación cervical de hasta 5cm en la internación; no haber realizado preparación del perineo durante la gestación (información dada por la parturienta); no presentar proceso infeccioso en la región de la vulva, vagina y perineo y concordar en tener el parto en la posición lateral izquierda (esta posición es más confortable, puede aumentar la sensación de control de la mujer y también disminuir las tasas de episiotomías – RR= 0,84; 95% IC=0,79 - 0,91)⁽¹¹⁾.

Los criterios de exclusión fueron: administración de oxitocina u otras drogas que tuviesen interferencia en el trabajo de parto; presentar ocurrencias clínicas u obstétricas en el curso del trabajo de parto y parto que necesitasen de intervenciones como episiotomía, fórceps o cesárea. Fueron, también, excluidas las mujeres que optaron por tener el parto en la posición litotómica.

Segun los criterios de elegibilidad fueron seleccionadas 106 mujeres, de estas una no consintió en participar y 29 fueron excluidas del estudio - 27 por necesitar de episiotomía y 2 de cesárea (Fig. 1). La muestra final fue compuesta por 76 parturientas, siendo 38 en el grupo experimental (hizo uso de vaselina líquida en la región perineal en el período de expulsión) y 38 en el grupo de control (recibieron cuidados de rutina). El proceso aleatorio fue ejecutado por medio de una tabla generada por computador y aplicada a las mujeres que atendían a los criterios de inclusión en el momento del parto.

Un estudio previo⁽¹²⁾ efectuado en el mismo local de esta investigación relató la ocurrencia de laceraciones perineales en 50% de las mujeres nulíparas sin episiotomía, 37% de esas mujeres tuvieron laceraciones de primer grado y 13% tuvieron laceraciones de segundo grado.

El tamaño de la muestra fue calculado utilizando la fórmula propuesta por Lwanga; Lemeshow*, usada para comparar proporciones de poblaciones finitas. El número de participantes

considerado necesario fue de 76 (n = 38 por grupo). El poder de la prueba indicó que una muestra de 38 mujeres por grupo permitiría en 80% de los casos detectar una diferencia de 30% de laceración perineal entre los grupos, con un $\alpha = 0,05$.

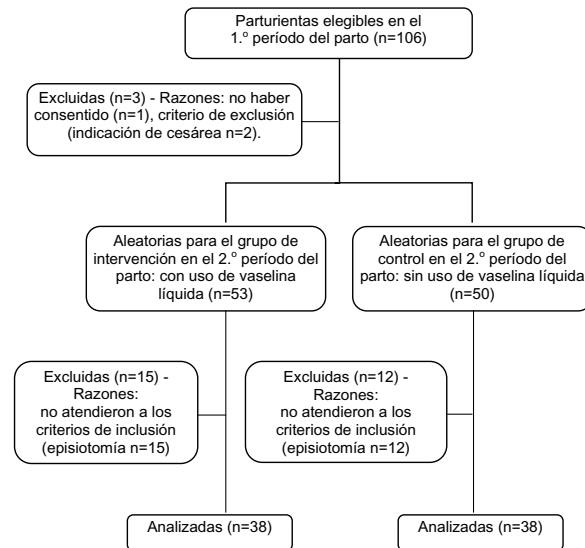


Figura 1 - Diagrama de flujo de participantes del estudio: inclusión inicial y final

Recolección de datos

Los datos fueron recolectados de febrero a junio de 2003 por la investigadora, enfermera obstétrica, que atendió 74 partos (97,4%) y por dos enfermeras obstétricas de la institución. Las enfermeras obstétricas fueron informadas por la investigadora sobre en cual grupo (control o experimental) la parturienta sería colocada cuando estuviese en el período de expulsión. En el período de expulsión, la mujer fue transferida para la sala de parto, quedando en posición lateral izquierda. En el momento de la expulsión fetal, el pié derecho fue colocado sobre el arco de la mesa de parto con la cabeza apoyada en la almohada.

La asepsia de la región perineal fue hecha con el uso de jabón líquido y a continuación, se colocaron los campos esteriles, para los dos grupos. En el grupo experimental, fue aplicada la vaselina líquida en toda el área del perineo con auxilio de dos dedos, usando un movimiento de varredura. El clitoris, grandes labios, pequeños labios, vestíbulo, fúrcula y el cuerpo perineal fueron cubiertos con 30 ml de este lubricante sin cualquier estiramiento o masaje del

* Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization, 1991.

perineo. Tal procedimiento fue ejecutado repetidamente, desde la dilatación total del cuello uterino hasta el inicio del desprendimiento del polo cefálico. Fue permitido a todas las parturientas conducir el parto con pujos espontáneos, sin ninguna orientación para realizar el pujo dirigido.

En los dos grupos las mujeres recibieron los cuidados de rutina del Centro de Parto Normal. El grupo de control no recibió la aplicación de vaselina líquida.

Variables del estudio

El uso de vaselina líquida y los cuidados de rutina en la región perineal durante el parto fueron considerados como variable independiente. Las variables dependientes fueron: condiciones del perineo - frecuencia, grado y localización de la laceración perineal - y resultado del recién nacido - evaluado por el boletín de Apgar. Para este estudio, la duración del periodo de expulsión fue definida como el tiempo (minutos) entre el diagnóstico de la dilatación cervical completa hasta la expulsión fetal⁽¹³⁾. Los esfuerzos de expulsión y las contracciones uterinas fueron utilizados como un indicativo en la ejecución del examen vaginal verificando la dilatación cervical.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo y la recolección de datos autorizada por el director clínico de la maternidad, local de la investigación. Después de admitidas en el Centro de Parto Normal, las mujeres fueron convidadas a participar del estudio. Cada participante recibió esclarecimientos sobre el método y los objetivos, y, después de firmar el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, se les informó del derecho de dejar de participar de la investigación en cualquier momento.

Análisis de los datos

Las características de las mujeres fueron descritas usando promedios para variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas. En el análisis estadístico fue utilizado el

programa *SPSS for Windows* versión 10,0. Todas las pruebas (Chi-cuadrado, t-Student, Pearson y exacto de Fisher) utilizadas fueron bicaudales y los valores de $p < 0,05$, considerados significativos.

RESULTADOS

La muestra final fue compuesta por 76 nulíparas, distribuidas en dos grupos (38 en el grupo experimental y 38 en el grupo de control). Los grupos fueron homogéneos en estatura ($160,0 \pm 0,06$ cm), edad (grupo experimental $21,6 \pm 3,8$ años y grupo de control $20,5 \pm 3,9$), 32 (42,1%) participantes eran blancas y 50 (65,8%) no tenían ocupación remunerada. En 97,4% (74) de los partos el desprendimiento cefálico ocurrió en occipito-púbica.

Los resultados neonatales fueron buenos en los dos grupos, con promedio de Boletín de Apgar de 9 y 10 en el primer y quinto minutos, respectivamente, en los dos grupos.

El tiempo de permanencia de la vaselina en la región del perineo del inicio de la aplicación hasta el desprendimiento del polo cefálico osciló de 3 a 40 minutos, con promedio de $16,4 \pm 9,9$ minutos.

Tabla 1 - Condición perineal después del parto, según los grupos. Amparo Maternal, 2003.

Resultado Perineal	Grupo				Total		p
	Experimental		Control		N	%	
	N	%	N	%			
Íntegro (n=29)	14	36.8	39.5	29	38.2		
Trauma (n=47)	24	63.2	23	60.5	47	61.8	0.813 ^a
Grado de laceración							
Primer grado (n=34)	16	66.7	17	78.3	34	72.3	
Segundo grado (n=13)	08	33.3	05	21.7	13	27.7	0.347 ^a
Región de laceración							
Posterior (n=25)	13	54.2	12	52.2	25	53.2	
Anterior (n=14)	07	29.2	07	30.4	14	29.8	
Anterior y posterior (n=8)	04	16.6	04	17.4	08	17.0	>0.999 ^a

χ^2 Fisher

En términos generales de resultado perineal, 38,2% tuvieron perineo íntegro e 61,8% tuvieron laceración perineal. La proporción de parturientas con laceración en los dos grupos fue semejante (experimental 63,2% vs control 60,5%), sin diferencia estadística ($p=0,813$).

Del total de los casos de trauma perineal (n=47), 72,3% (n=34) fueron de laceración de primer grado (experimental 66,7% vs control 78,3%). La laceración de segundo grado presentó frecuencia mayor en el grupo experimental (n=8; 33,3%), sin diferencia estadística (p=0,347). La región posterior del perineo fue la que presentó mayor frecuencia de traumatismo (n=25; 53,2%).

Tabla 2 - Comparación de los promedios de los pesos (recién nacido, madre), duración del período de expulsión y resultado perineal. Amparo Maternal, 2003

Promedio	Grupo experimental			Grupo de control		
	Íntegro	Trauma	p	Íntegro	Trauma	p
	(n=14)	(n=24)		(n=15)	(n=23)	
Promedio de duración del período de expulsión (min)	33.0±16.2	37.6±19.3	0.445	38.7±20.2	31.5±16.6	0.238
Promedio del peso materno (Kg)	68.7±7.6	73.7±9.1	0.094	64.8±5.9	64.6±10.5	0.952
Promedio del peso del recién-nacido (g)	3,230±260	3,240±440	0.878	3,020±340	3,130±310	0.309

t-Student

El promedio de peso de los recién nacidos del grupo experimental (3.240g) fue mayor que el grupo de control (3.090g). Los datos demuestran que no hubo relación entre el grado de laceración perineal y el peso del recién nacido, el peso materno y la duración del período de expulsión.

Fue observada una gran variación en la duración de la segunda etapa del parto (8-115 minutos), con el promedio de perineo íntegro (33,0 minutos) vs con trauma (37,7 minutos) en el grupo experimental; en el grupo de control el promedio perineo íntegro (38,7 minutos) vs laceración (31,5 minutos).

DISCUSIÓN

Inicialmente, realizaremos consideraciones sobre las limitaciones del estudio. La falta de sesgo el estudio podría haber afectado la evaluación de los resultados perineales. Sin embargo, no hubo cualquier posibilidad de que el investigador no hubiese

identificado una laceración que exigiese sutura. En este caso, el sesgo introducido por el investigador sería minimizar el trauma perineal en el grupo experimental. El estándar de excelencia para evaluar una intervención está asegurado cuando el estudio es aleatorio y la evaluación es realizada por sesgo doble. Sin embargo, en general, el sesgo es imposible cuando la intervención es un componente altamente visible en el cuidado.

Este es el primer ensayo clínico aleatorio que evalúa el uso de vaselina líquida en el perineo durante el parto. Los resultados apuntan que el uso de la vaselina no protegió la región perineal del trauma, ya que la tasa de ocurrencia de laceración en el perineo fue semejante en los dos grupos (63,2% en el experimental contra 60,5% en el de control). De las 76 mujeres investigadas, 38,2% presentaron el perineo íntegro, confirmando que las laceraciones son muy frecuentes en el parto transvaginal espontáneo (Tabla 1). Tasas semejantes de trauma perineal fueron encontradas en un estudio⁽⁴⁾ con parto transvaginal, siendo que 73,3% de las primíparas adoptaron el parto en la posición lateral, semi-reclinada o de rodillas. Otro estudio⁽¹⁰⁾ que evaluó el efecto del masaje perineal utilizando gelatina lubricante soluble en agua en el período de expulsión constató tasas semejantes de laceración espontánea (60,9% grupo del masaje vs 63,6% en el de control) sin diferencia estadística.

Por otro lado, el estudio⁽⁶⁾ prospectivo no aleatorio que evaluó 1.211 partos transvaginales espontáneos asistidos por enfermeras obstétricas, concluyó que el uso de compresas calientes y la lubricación perineal durante el período de expulsión estaban asociados con el aumento de las tasas de laceraciones perineales. La proporción de laceraciones fue estadísticamente mayor en las mujeres que hicieron uso de lubricante a base de agua (50% vs 26%; p< 0,001).

Un estudio⁽²⁾ de 3.049 partos realizados por enfermeiras obstétricas y estudiantes evaluó los factores relacionados al traumatismo perineal en el nacimiento. La posición lateral en el parto y el uso de compresas calientes fueron asociados con la reducción del trauma, en razón del aumento del flujo de sangre que facilitó el relajamiento de los tejidos. En el modelo de regresión logística, el uso de aceite o lubricante en el perineo, durante el período de expulsión, elevó el riesgo de laceración en el grupo de multiparas (OR=1,7).

En un reciente estudio aleatorio⁽¹⁴⁾, con 1.211 partos asistidos por obstetras, hubo un número elevado de trauma en el tracto genital en mujeres a las que se les ofreció una de las tres intervenciones usadas en el período de expulsión - compresas tibias, masaje con lubricante soluble en agua, o la técnica de protección perineal. La frecuencia de laceración fue igual en los tres grupos de intervención con 77%; siendo que 40% de todas las participantes del estudio eran nulíparas y en aproximadamente 80% de ellas el parto ocurrió en la posición de genuflexión.

El análisis de regresión múltiple reveló una asociación estadísticamente significativa entre la posición del parto y el resultado perineal, con la posición lateral asociada a la alta tasa de perineo intacto (66,6%)⁽¹⁵⁾.

Recientemente, entre 19 ensayos clínicos incluídos en una revisión de la Cochrane sobre la posición de la mujer en el período de expulsión, el uso de cualquier posición vertical o lateral, cuando comparado con la posición supina o litotómica, fue asociado con: menor duración del período de expulsión; reducción de episiotomía y aumento de laceración perineal de segundo grado⁽¹¹⁾.

En este estudio, en relación al trauma perineal, 72,3% presentaron laceraciones de primer grado considerando las mujeres que necesitaron de sutura y 27,7% de segundo grado. La laceración de primer grado fue más frecuente en el grupo control con 78,3% contra 66,7% en el experimental, sin diferencia estadística ($p=0,347$) (Tabla 1). No fueron constatadas laceraciones de tercer y cuarto grado, que traen mayor trauma perineal en relación a la incontinencia anal, dolor en el post parto, infección y disfunción sexual.

Datos semejantes fueron observados en el estudio con masaje en el período de expulsión, con 35,7% de laceración de segundo grado en el grupo de masaje y 35,5% en el grupo de control. Los autores concluyeron que el masaje perineal usado en el parto no aumenta la ocurrencia de perineo íntegro⁽¹⁰⁾.

Un estudio prospectivo de observación⁽⁴⁾ encontró en nulíparas, asistidas por obstetras, baja frecuencia de laceración de primer grado (34,8%) y mayor frecuencia de laceración de segundo grado (38,5%), cuando fue comparado con el actual estudio.

Otro estudio prospectivo que incluyó 1.068 partos asistidos por enfermeras obstétricas, constató que las laceraciones de primer grado estuvieron presentes en 22,2% de las nulíparas y en 11,7% de

las múltiparas. Las laceraciones de segundo grado ocurrieron en 31,5% de las nulíparas y en 10,5% de las múltiparas. Los autores concluyeron que en las nulíparas el factor asociado al traumatismo perineal fue debido al masaje en el parto⁽¹⁶⁾.

En cuanto a la localización de la laceración, los resultados demostraron que no hubo diferencia estadística entre los grupos, sin embargo, la región posterior del perineo presentó una mayor frecuencia de trauma en los dos grupos - 54,2% en el experimental y 52,2% en el de control, con predominio en la región mediana (Tabla 1). La justificación para la mayor presencia del trauma en la región posterior podría ser la presión ejercida por una de las manos sobre la cabeza fetal que impide su movimiento de extensión, alejándola del arco púbico en dirección a la región posterior del perineo, facilitando la ocurrencia de la laceración⁽¹⁾.

Un estudio⁽⁴⁾ que evaluó el trauma perineal en el parto de 1.296 nulíparas con y sin episiotomía observó laceración de primer grado en la región anterior del perineo en el grupo de episiotomía - 38,9%, semejante a los datos del presente estudio (30,3%). En esta investigación, también se verificó que 66,1% de las laceraciones de primer y segundo grado ocurrieron en la región posterior del perineo, semejantes a los resultados del presente estudio (60,6%).

En este estudio no fue encontrada una interferencia entre la condición perineal y la duración del período de expulsión. Resultados diferentes fueron observados en el estudio⁽¹⁷⁾ que encontró mayores tasas de perineo íntegro en las mujeres con período de expulsión mayor (83,5 vs 39,8 minutos) ($p=0,001$). Otro trabajo⁽⁴⁾ demostró que el análisis de regresión logística relacionó la duración de la segunda etapa de los partos, que tubieron un tiempo mayor que 60 minutos, a la laceración de segundo grado (OR=1,307; 95% IC= 1,027 - 1,663).

Una investigación⁽⁷⁾ sobre los factores de riesgo para laceración de tercer grado en el parto encontró un aumento significativo de riesgo de trauma (OR=1,12) cuando la duración del período de expulsión fue mayor que 15 minutos. Los autores concluyeron que el estiramiento de la musculatura del perineo, por mayor tiempo, puede llevar a la isquemia local, ocasionando el aumento de rupturas.

Los datos apuntan que los grupos fueron homogéneos en relación al peso del recién nacido. Sin embargo, los mayores valores del promedio

ocurrieron en el grupo experimental (Tabla 2). El peso del recién nacido no fue asociado con el trauma perineal cuando los datos fueron ajustados para la variable número de hijos y otras variables relacionadas en el estudio⁽²⁾. En otra investigación⁽⁴⁾, el análisis de regresión logística reveló que el mayor peso del recién nacido fue asociado con laceración de segundo grado (OR=1,801; 95% IC=1,529 – 2,123).

CONCLUSIÓN

La lesión perineal es una ocurrencia común durante el parto transvaginal, independiente del

número de hijos de la mujer. El dolor es una queja constante de las puérperas e interfiere en sus actividades diarias, así como en la interacción con el recién nacido y con los familiares. Este estudio abordó la eficacia de la vaselina para proteger el perineo durante el parto. Con base en los resultados encontrados, es posible afirmar que el uso de vaselina líquida en el perineo durante el período de expulsión no disminuye la ocurrencia y el grado de laceración perineal. Es muy importante reducir la tasa de traumas perineales después del parto. Mantener la integridad de la región perineal es un gran desafío para los profesionales que asisten a la parturienta.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial da Saúde-OMS. 1996. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID. [OMS/SRF/MSM/96.24].
2. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery* 1996; 41(4):269-76.
3. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005; 32(3):219-23.
4. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81(1):44-9.
5. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991; 31(4):213-6.
6. Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. *J Nurse Midwifery* 1995; 40(1):13-8.
7. Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001; 108(4):383-7.
8. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000; 95(3):464-71.
9. Sampsel CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. *J Nurse Midwifery* 1999; 44(1):36-9.
10. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322(26):1277-80.
11. Gupta JR, Hofmeyr GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
12. Silva FMB, Oliveira SMJV, Koiffman MD, Osava RH. Caracterização de parturientes atendidas em um centro de parto normal. In: *Anais do 20 Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Trajetória Espaço-Temporal da Pesquisa*; 2002 out. 28-31; Águas de Lindóia. [CD-ROM] São Paulo: EUSP; 2002.
13. Rezende J. Obstetrícia. 10a ed. In: *O parto. Estudo clínico e assistência*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.338-62.
14. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Women's Health* 2005; 50(5):365-72.
15. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth* 2002; 29(1):18-27.
16. Murphy PA, Feinland JB. Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth* 1998; 25(4): 226-34.
17. Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J, Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(2):403-10.