

SEGURIDAD EN EL PARTO: PROTEGIENDO EL PERINÉ

Autoras: DE LA ROSA VÁREZ, Zoraida. RIVAS CASTILLO, M^a Teresa.
 Matronas. Sistema Sanitario Público de Andalucía. E-mail: zory_57@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El daño perineal es uno de los traumas más frecuentes experimentados por las mujeres en el parto, incluso en el parto normal, pudiendo causar problemas a corto plazo como dolor perineal y dificultad en las actividades diarias, y a largo plazo, el dolor puede afectar la función urinaria, intestinal y sexual⁽¹⁾. El mayor grado de trauma y sutura se relaciona con mayor dolor y por tanto más impacto en las actividades diarias⁽¹⁾. Por ello, se han propuesto diferentes técnicas para reducir o eliminar el trauma perineal durante el nacimiento⁽²⁾.

Estudios sobre varias intervenciones clínicas pretenden valorar sus efectos en el trauma del tracto genital⁽¹⁾. En el período prenatal la mujer puede realizarse un masaje perineal, lo que se ha asociado a una mayor tasa de perinés íntegros en primíparas⁽¹⁾. Sin embargo, la mayoría de las técnicas analizadas en la protección del periné se realizan durante la fase de expulsivo: episiotomía, tipo de pujos, posición materna, masaje perineal con lubricante, compresas calientes en el área perineal o maniobras manuales para proteger el periné⁽²⁾.

Centrándonos en las maniobras manuales de protección perineal durante el parto encontramos dos posturas que se han dado a conocer por HOOP (*hands on or poised*)⁽³⁾:

- Hands on o protección perineal activa: la matrona coloca la mano izquierda sobre la cabeza fetal aplicando presión, en un intento de aumentar la flexión. A la vez, la mano derecha soporta el periné con el objeto de reducir el trauma y proveer flexión lateral para ayudar a desprender los hombros.
- Hands poised o protección perineal expectante: la matrona no toca el periné ni la cabeza, pero mantiene la mano izquierda lista para aplicar una ligera presión sobre la cabeza si fuera necesario para disminuir una deflexión demasiado rápida y se permite un desprendimiento espontáneo de los hombros.

El objetivo de nuestra revisión es comparar el resultado de cada una de las maniobras manuales de protección perineal.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN y Cochrane Plus, usando las palabras clave perineum, childbirth, injuries, protection, hands poised, hands off, hands on, y sus homólogos en español perineo, nacimiento, lesiones y protección. La búsqueda se realizó en idioma inglés y español desde su inicio hasta 2013.

RESULTADOS

Disponemos de tres estudios que comparan los dos métodos de manejo perineal, un estudio randomizado, generalizable, sobre 5471 mujeres, que se ha dado a conocer como “The HOOP Study”⁽³⁾, y dos estudios quasi-randomizados: uno sobre 1076 mujeres⁽⁴⁾ y otro sobre 70 mujeres⁽²⁾. Los resultados que se obtienen en las diferentes variables estudiadas son:

Dolor perineal a los diez días	Aumento significativo en el grupo expectante ⁽³⁾
Dolor perineal a los tres meses	No diferencias significativas ⁽³⁾
Dispareunia	No diferencias significativas ⁽³⁾
Episiotomía	Descenso significativo en el grupo expectante ^(3,4)
Desprendimiento manual de placenta	Aumento significativo en el grupo expectante ^(3,4)
Desgarros que requieren sutura	No diferencias significativas ^(2,3,4)
Desgarros de tercer y cuarto grado	No diferencias significativas ⁽³⁾ . Un estudio encontró aumento desgarros de tercer grado en el grupo activo, pero no tenía suficiente poder estadístico ⁽⁴⁾
Función urinaria e intestinal	No diferencias significativas ⁽³⁾
Severidad, frecuencia y localización de las lesiones	No diferencias significativas ⁽²⁾
Resultados neonatales	No diferencias significativas ^(2,4)

CONCLUSIÓN

No hay evidencia científica suficiente para apoyar o desestimar el uso de cada una de estas maniobras de protección perineal durante el parto⁽²⁾. Aunque los resultados de algunos estudios sugieren que una política de “manos quietas” es más conveniente para proteger el periné durante el parto y es una alternativa segura y efectiva para las mujeres⁽⁴⁾, otros estudios no recomiendan su uso o consideran que se debe permitir a las mujeres y los profesionales individualmente decidir qué técnica de manejo perineal prefieren⁽³⁾.

La disminución del dolor a los diez días observada en el grupo de protección perineal activa, junto el mayor riesgo de alumbramiento manual en el grupo de protección expectante, hace que la técnica de protección perineal activa parezca preferible⁽³⁾.

Los resultados concuerdan con la idea de que el trauma perineal puede estar asociado más con otros factores, tales como posición del parto, uso de oxitocina, tipo de pujos, presencia de una persona de apoyo o masaje perineal anteparto, que con la técnica de protección perineal usada⁽²⁾.

Dados los beneficios sobre la salud de las madres que acompañan a un periné intacto tras el nacimiento, está justificada la realización de mayores y más efectivos estudios para determinar la efectividad de las diferentes maniobras de protección perineal durante el parto⁽¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albers LL. Reducing genital tract trauma at birth: launching a clinical trial in midwifery. J Midwifery Womens Health. 2003; 48(2): 105-10.
2. Souza A, González ML. A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. J Midwifery Women Health. 2006; 51(2): 106-11.
3. McCandlish R, Bowler U, Asten HV, Berridge G, Winter C, Samel L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol. 1998; 105(12): 1262-72.
4. Maverhofer K, Bodner-Adler, 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. J Reprod Med. 2002; 47(6): 477-82.