









Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización

Perineal protection methods: knowledge and use

Métodos de proteção perineal: conhecimento e utilização

Como citar este artículo:

López Martínez EM, Avilés Sáez Z, Hernández Sánchez E, Camacho Ávila M, Marín Conesa E, Conesa Ferrer MB. Perineal protection methods: knowledge and use. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200193. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0193>

-  Esther María López Martínez¹
-  Zaraida Avilés Sáez²
-  Encarnación Hernández Sánchez³
-  Marcos Camacho Ávila⁴
-  Ester Marín Conesa⁵
-  María Belén Conesa Ferrer⁶

¹ Hospital Universitario de Torrevieja, Murcia, España.

² Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, España.

³ Universidad Católica San Antonio de Murcia, Facultad de Enfermería, Murcia, España.

⁴ Hospital de Huércal Overa, Murcia, España.

⁵ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

⁶ Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería, Murcia, España.

ABSTRACT

Objective: To analyse the knowledge and use of perineal protection methods during the expulsive stage by health professionals involved in childbirth and whether they correspond to the World Health Organization's recommendations. **Method:** This was a cross-sectional descriptive study aimed at health workers involved in births in Spain. **Results:** Fifty-seven professionals participated in the study: midwives (47%), gynaecologists (25%), nurse residents (14%) and resident physicians (14%) in obstetrics and gynaecology. The degree of knowledge and use of perineal protection methods differed according to the position held and was very limited among gynaecologists and resident physicians. The only method recognized by all positions was "hands on" ($p=0.05$). "Hands off" ($p=0.002$), "delayed pushing" ($p=0.0001$) and "maternal posture" ($p=0.03$) were only known to midwives and nurse residents. "Flexion technique" ($p=0.035$) and "delayed pushing" ($p=0.011$) were used effectively by midwives and nurse residents. "Episiotomy" was erroneously identified as a method to protect the perineum by gynaecologists and resident physicians ($p=0.003$). **Conclusion:** The degree of knowledge and use of perineal protection methods by health care professionals does not correspond to the recommendations of the World Health Organization.

DESCRIPTORS

Parturition; Midwifery; Episiotomy; Perineum; Obstetric Nursing.

Autor correspondiente:

Esther María López Martínez
Obispo Francisco Landeira, nº3, 1ª Escalera, 2ºA
30008 – Murcia, Spain
esthermarialopezmartinez@gmail.com

Recibido: 07/06/2020
Aprobado: 23/03/2021

INTRODUCCIÓN

El daño perineal puede definirse: “como cualquier daño en el periné durante el nacimiento, que se produce de forma espontánea o intencionada mediante incisión quirúrgica (episiotomía)”⁽¹⁾. Es uno de los traumatismos más frecuentes experimentados por las mujeres en el parto, incluso en el parto normal, llegando a afectar a un 85% de las mujeres que paren vaginalmente⁽¹⁾. Puede causar problemas a corto y largo plazo: “pérdida sanguínea, necesidad de sutura, dolor perineal, dificultad en la movilidad y limitaciones en las posiciones para alimentar al bebé en el periodo posnatal. A largo plazo, el dolor puede continuar y afectar a las funciones urinaria, intestinal y sexual. Además, el traumatismo perineal debilita los músculos del suelo pélvico”⁽¹⁾ con sus correspondientes consecuencias⁽²⁾. Si este daño se salvase: “se simplificarían los cuidados posparto y se reduciría el gasto sanitario al disminuir la necesidad de fármacos, suturas, tratamientos, posibles intervenciones quirúrgicas y tiempo de los profesionales en futuras consultas dedicadas a ayudar a las mujeres a hacer frente a las secuelas del traumatismo”⁽¹⁾. Es por ello que: “la prevención del daño perineal beneficiaría a un gran número de mujeres”⁽¹⁾, y también al propio sistema sanitario, por lo que debería ser un objetivo fundamental de los profesionales que asisten en el nacimiento^(1,3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve desde 1985 un modelo humanizado con el objetivo de fomentar el parto y el nacimiento saludables⁽⁴⁾. Ya en esta Declaración de Fortaleza la OMS hablaba de la necesidad de proteger el periné siempre que fuese posible⁽⁴⁻⁶⁾, estableciendo que una tasa de episiotomía por encima del 20% no está justificada⁽⁴⁾, y disminuyendo este porcentaje a un 10% en partos eutócicos en 1996⁽⁵⁾. En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) siguiendo las recomendaciones de la OMS, también nos indica la importancia de mejorar la formación sobre la protección del periné^(3,7), y aunque esta práctica por suerte se ha visto reducida en los últimos años⁽³⁾ nos encontramos con una tasa de episiotomía en torno a un 41.9% en el año 2010. Respecto al Área II del Servicio Murciano de Salud, en el Hospital General Universitario de Santa Lucía (HGUSL), la evolución del número de episiotomías por año es la siguiente: en el año 2011 se registró una tasa de episiotomía de 37.30%, disminuyendo progresivamente este valor a un 35.7%, 33.7% y un 31.6% en los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente, consiguiendo un total de 34.7%.

La OMS en los años de 1985, 1996, 2003, la “Iniciativa al Parto Normal” de la FAME (2007)⁽⁸⁾, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008)⁽⁷⁾ y la “Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal” (2010)⁽⁹⁾ establecen que la atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y en el que es fundamental realizar una adecuada protección del periné^(3-4,7-9). Entre los métodos de protección perineal descritos por la evidencia encontramos: “Hands On”, también conocido como protección perineal activa o maniobra de Ritgen. Este consiste en que la mano dominante ejerce

presión sobre el periné mientras que la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente y posteriormente se maneja de forma activa la salida de los hombros, “Hands Off”, “Hands Poised” o conducta expectante, en el cual a diferencia del anterior, se mantienen las manos preparadas, pero sin tocar la cabeza fetal, y se espera la salida espontánea de los hombros, aplicación de compresas calientes o sustancias lubricantes, la posición en el periodo expulsivo, el control de la deflexión de la cabeza fetal y el manejo adaptado según el momento del periodo expulsivo de los pujos⁽⁸⁻¹⁰⁾. Existen otra serie de factores que pueden actuar como protectores o productores de la lesión perineal, pero que a diferencia de los métodos antes mencionados, se trata de elementos sobre los cuales el profesional que asiste el parto no puede actuar, y que por tanto no se consideran métodos de protección perineal y no se incluyen en el presente estudio: la paridad de la mujer y el masaje perineal prenatal como elementos favorecedores de un periné intacto, y la nuliparidad, macrosomía fetal y el tiempo prolongado del periodo expulsivo como factores que potencialmente pueden provocarlo⁽⁸⁾.

Dada la importancia que ha dado la OMS⁽⁴⁻⁶⁾ y la “Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal” (2010)⁽⁹⁾ a la necesidad de formación de los profesionales que asisten partos sobre métodos de protección del periné, el objetivo del presente estudio consiste en realizar un análisis sobre el conocimiento de los mismos por parte de dichos profesionales y su implementación en la práctica clínica habitual, con el fin de detectar la necesidad de instaurar programas de formación a este respecto en el HGUSL.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

LOCAL

Fue realizado entre febrero y abril de 2016, en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del HGUSL (Cartagena, Área II, Servicio Murciano de Salud).

POBLACIÓN

La población la constituyen un total de 68 profesionales sanitarios que actualmente asisten partos en el HGUSL (Cartagena, Murcia): matronas, ginecólogos, Enfermero Interno Residente (EIR) en Obstetricia y Ginecología y Médico Interno Residente (MIR) en Obstetricia y Ginecología.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios de inclusión para la población de referencia fueron los siguientes: profesionales sanitarios que actualmente asisten partos en el HGUSL (Cartagena, Murcia): matronas, ginecólogos, Enfermero Interno Residente (EIR) en Obstetricia y Ginecología y Médico Interno Residente (MIR) en Obstetricia y Ginecología que aceptaran participar en el estudio y firmasen el consentimiento informado.

Se consideraron como criterios de exclusión: ginecólogos que no asistían partos, profesionales en situación de baja laboral o de maternidad en el momento del estudio y profesionales en situación de excedencia.

Del total de 68 profesionales que asisten partos en el hospital del estudio, participaron 57, que constituye el 83% de la plantilla.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Los participantes contestaron una serie de preguntas elaboradas *ad hoc*. Se les pidió a los participantes sus datos sociodemográficos (edad) y laborales (Cargo profesional, años de experiencia profesional y tipo de contrato laboral). A continuación, se redactaron unas preguntas, desde una perspectiva cualitativa, para ver si los profesionales conocían los métodos de protección del periné basándonos en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y en la evidencia científica. La 1ª pregunta fue: ¿Conoce usted los diferentes métodos para la protección del periné durante el periodo expulsivo? La respuesta fue cerrada(SI-NO). La 2ª fue: ¿Podría citar los que conoce? Esta pregunta fue abierta pudiendo los profesionales citar todos los métodos que conociesen. La 3ª pregunta fue: ¿Cuáles son los métodos que usa habitualmente? Esta pregunta también era abierta. La 4ª fue: ¿Podría citar los que para usted son más efectivos? Esta pregunta también fue abierta. La 5ª pregunta fue: ¿Ha recibido formación específica sobre métodos de protección del periné durante su formación o carrera profesional? La respuesta fue cerrada(SI-NO). La 6ª pregunta fue: En caso de respuesta afirmativa en la anterior, ¿dónde la ha recibido? Las opciones de respuesta fueron: Universidad, Residencia y Trabajo. La 7ª pregunta fue: ¿Ha adquirido formación de manera autónoma? La respuesta fue cerrada(SI-NO).

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Tras la recogida de la información aportada por los profesionales, ésta fue analizada con el programa informático SPSS 21.0. Primero se realizó una estadística descriptiva de cada una de las variables obteniéndose distribuciones de frecuencias y porcentajes de cada variable obtenida.

Las únicas variables cuantitativas fueron la edad y los años de experiencia profesional. El resto de variables fueron

cualitativas, distinguiendo entre ellas unas dicotómicas (las referidas a las preguntas 1ª, 5ª y 7ª y al tipo de contrato laboral) y otras categóricas (las referidas a las preguntas 2ª, 3ª, 4ª, 6ª y el Cargo profesional).

Las preguntas sobre conocimientos de los métodos de protección del periné se introdujeron en el programa estadístico SPSS 21.0 de la siguiente forma: La 2ª, 3ª y 4ª preguntas se introdujeron en el programa como: “Métodos de protección del periné conocidos”, “Métodos de protección del periné usados habitualmente”, y “Métodos de protección del periné considerados como más efectivos” respectivamente, siendo las opciones de respuesta a las mismas todos los métodos de protección perineal constatados por la Organización Mundial de la Salud y la evidencia científica disponible.

La dependencia o asociación entre las variables cualitativas “Cargo profesional” y las que hacen referencia a las preguntas 2ª, 3ª y 4ª se abordó con análisis de tablas de contingencia con el test de la Chi-cuadrado de Pearson complementado con el análisis de residuos para ver el sentido de la dependencia, considerando para todos los contrastes un nivel de significación de $\alpha=0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Área 2 de Salud del Servicio Murciano de Salud, así como la autorización de la Supervisora de Parto y de la Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Finalmente se garantizó en todo momento el anonimato de los profesionales que participaron en el estudio según lo dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos y laborales de los profesionales se exponen en la Tabla 1.

Ante la pregunta de si conocían o no los métodos de Protección Perineal durante el periodo expulsivo un 77% contestó que sí y un porcentaje del 23% respondió que sí los conocían aunque no todos. A pesar de esta elevada proporción de profesionales que afirmaban tener conocimiento al respecto hubo un porcentaje considerable de los mismos que no respondió a las preguntas asociadas: un 32% de los

Tabla 1 – Datos sociodemográficos y laborales de la muestra del estudio-febrero-abril – Cartagena, Murcia, España, 2016.

	MATRONAS	GINECOLOGOS	EIR	MIR
POBLACION ESTUDIO	32	17	8	11
MUESTRA	27	14	8	8
EDAD	20–30	31–40	41–50	51–63
N	15	22	8	12
%	26,6	38,7	14,2	21,2
AÑOS EXPERIENCIA PROFESIONAL	0–10	11–20	21–30	31–40
N	26	18	7	5
%	45,9	31,8	12,4	8,9
TIPO DE CONTRATO	INDEFINIDO	N 30 % 52,6	EVENTUAL	N 27 % 47,4

EIR: Enfermero Interno Residente. MIR: Médico Interno Residente.

Tabla 2 – Resultados de las respuestas a las preguntas 2ª, 3ª y 4ª expresados en %, estudio-febrero-abril – Cartagena, Murcia, España, 2016.

	Hands on	Hands off	Compresas calientes	Postura expulsivo	Control deflexión	Control pujos	Lubricantes
Conocimiento	63	22,2	40,7	37	44,4	33,3	14,8
	50	0	28,5	0	14,2	0	7,1
	75	62,5	50	0	62,5	75	37,5
	75	0	62,5	0	62,5	75	37,5
Uso	51,80	11,10	25,90	29,60	40,70	33,30	11,10
	50	0	7,10	0	14,20	0	0
	62,50	0	50	0	75	87,50	37,50
	100	0	25	0	13	0	0
Considerados efectivos	48,1	18,5	14,8	18,5	37	25,9	7,4
	42,8	0	7,14	7,14	7,14	0	0
	50	0	37,5	0	75	62,5	12,5
	87,5	0	12,5	0	12,5	0	0

■ Matrona ■ Tocólogos ■ EIR ■ MIR

ginecólogos, un 12% de EIR y un 4% de las matronas. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los distintos profesionales ($p=0.018$).

Como se puede observar en la Tabla 2, el conocimiento de los métodos “Hands On” y “Compresas calientes” es equitativo entre los diferentes profesionales, en el resto se puede observar que existen diferencias según el cargo profesional. Así vemos que los métodos “Hands Off” y “Control de pujos” sólo son conocidos por las matronas y EIR, y que el conocimiento de la “Postura en el periodo expulsivo” puede considerarse exclusivo de las matronas, siendo curiosamente desconocido para los EIR y MIR.

El análisis de la dependencia entre las variables de “Cargo profesional” y “Métodos de protección del periné conocidos” se realizó mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson (véase Tabla 3). Como podemos observar sólo existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento de los métodos “Hands Off” ($p=0.002$), “Postura en el periodo expulsivo” ($p=0.030$) y “Control de pujos” ($p=0.0001$) entre los distintos profesionales. En cuanto al método de “Hands Off” es conocido por matronas y EIR mientras que los ginecólogos y MIR no lo reconocen como un método de protección del periné. Respecto a la “Postura en el periodo expulsivo” y el “Control de Pujos” sólo eran considerados un método protector del periné por las matronas.

En relación a los resultados de la 3ª pregunta, en la tabla 2 se observa que el único método usado por la mayoría de los profesionales es el método “Hands On”. Los menos

usados son “Hands Off” y “Postura en el periodo expulsivo”, limitados únicamente a las matronas. Comprobamos la asociación entre las variables “Cargo desempeñado” y “Métodos de protección del periné usados habitualmente” mediante el test Chi-Cuadrado de Pearson (Tabla 3). Sigue siendo significativa la asociación de la variable “Cargo profesional” y los métodos “Postura en el periodo expulsivo” ($p=0.032$), “Control de Pujos” ($p=0.0001$), y “Hands On” ($p=0.05$). Basándonos en el análisis este último método mencionado no es suficientemente usado por las matronas mientras que el uso de la “Postura en el periodo expulsivo” es exclusivo de las mismas y “Control de Pujos” no es usado por ginecólogos y MIR.

En cuanto al resultado de la 4ª pregunta, el método “Hands On” continúa siendo el que los profesionales consideraron como más efectivo mientras que en el resto se produce un descenso considerable y muchos de ellos siguen sin ser siquiera mencionados por determinados cargos. Comprobando la dependencia de las variables de “Cargo profesional” y “Métodos de protección del periné considerados como más efectivos” se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas (véase Tabla 3). En estos resultados podemos ver que existe una asociación en los métodos “Control de deflexión” ($p=0.035$) y “Control de pujos” ($p=0,011$) con el cargo profesional, siendo ambos estadísticamente desconocidos para ginecólogos y MIR aunque sí considerados por matronas y EIR.

Tabla 3 – Tabla de contingencia (Chi-cuadrado de Pearson): Análisis de las diferencias en el conocimiento, utilización y consideración de los métodos de protección del periné según cargo desempeñado – febrero-abril – Cartagena, Murcia, España, 2016.

	Hands on	Hands off	Compresas calientes	Postura periodo expulsivo	Control deflexión	Control pujos	Sustancias lubricantes
Conocimiento-cargo	0.705	0.002	0.731	0.03	0.072	0.0001	0.42
Utilización-cargo	0.05	0.4	0.403	0.032	0.06	0.0001	0.068
Considerados efectivos-cargo	0.142	0.162	0.519	0.309	0.035	0.011	0.645

Como la respuesta era de libre desarrollo se mencionaron métodos que o bien no tenían ninguna base en la evidencia o incluso son considerados dañinos para el periné. Se pudo comprobar que las matronas no citaron ningún método erróneo, pero que sin embargo sí hay un pequeño porcentaje de EIR (12.5%) y ginecólogos (14.2%) que sigue considerando la episiotomía un elemento protector así como una elevada proporción de MIR (50%). La errónea consideración del masaje perineal durante el periodo expulsivo como método protector es única en los MIR (25%), Analizando la asociación del cargo desempeñado con los conocimientos erróneos de métodos de protección perineal encontramos que esta dependencia existe en los métodos erróneos “Episiotomía” ($p=0.003$) y “Masaje perineal” ($p=0.010$).

Con respecto a la 5ª, 6ª y 7ª preguntas se obtuvieron los siguientes resultados: 25% no había recibido formación, y dentro del 75% que sí había recibido formación, un 61% la había adquirido de forma autónoma.

DISCUSIÓN

Los principales métodos de protección perineal considerados por la evidencia científica y analizados en el presente estudio son: “Hands On”, “Hands Off”, aplicación sobre el periné de compresas calientes o sustancias lubricantes, la postura de la mujer durante el periodo expulsivo, el control manual de la deflexión de la cabeza fetal y la guía de los pujos.

Respecto a la posición de las manos, el método que tiene mayor tiempo de vigencia y disfruta también de mayor consideración y uso, como hemos podido comprobar mediante este estudio, es el método “Hands On”, también conocido como protección perineal activa o maniobra de Ritgen. Se fundamenta en que la presión ejercida sobre la cabeza fetal impide la habilidad de extensión y empuje desde el arco púbico hacia el periné, lo que podría incrementar el riesgo de laceración perineal⁽¹⁾. Mientras, el uso del “Hands Off” se apoya en que la alta tensión sobre el periné durante el parto lo vuelve más fino y vulnerable, y la presión añadida de la mano podría causar isquemia y facilitar el desgarro⁽¹⁾. Si bien la Guía NICE nos recomienda el uso de cualquiera de estas dos técnicas para favorecer el parto espontáneo⁽¹¹⁾, existen ciertas diferencias entre los resultados del uso de cada una. Un ECA⁽¹⁰⁾ que comparaba los efectos de cada técnica observó que tras el método Hands On las parturientas padecían menor dolor tanto a las 24 horas como a los diez días posteriores al parto, así como una menor tasa de extracción manual de la placenta. Sin embargo, el método Hands Off tuvo una menor tasa de episiotomía (Hands On: 17.9% vs Hands Off 10.1%)^(9-10,12-13). Otro estudio comparativo⁽¹²⁾ concluyó además que también existía una distinta proporción de desgarros de tercer grado entre ambos métodos, siendo mayor en Hands On (Hands On: 2.7% vs Hands Off: 0.9%). Por otro lado, ambos métodos de protección demuestran tener una incidencia de trauma perineal más reducida⁽¹⁴⁾, siendo la tasa global similar en ambos grupos⁽⁹⁾, y más concretamente en las tasas de desgarro de 1º y 2º⁽¹²⁾. La evidencia se inclina más a la recomendación del método Hands Off ya que presenta menores tasas de daño perineal

que Hands On⁽¹⁵⁾. En este estudio podemos observar que tanto en el conocimiento como en el uso por parte de los profesionales ocurre exactamente lo contrario: usan y conocen más el método “Hands On”, siendo “Hands Off” incluso desconocido por un amplio porcentaje de profesionales.

La aplicación de compresas calientes es junto con “Hands On”, uno de los más considerados y usados por los distintos cargos profesionales de este estudio. La colocación de compresas calientes en la 2ª etapa del parto podría prevenir ligeramente tanto la aparición de desgarros espontáneos en mujeres multíparas sin episiotomía, como la realización de episiotomía en nulíparas^(1,8), así como el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado^(1,13,16). Es significativa la reducción del dolor durante el parto en aquellas mujeres que recibieron compresas calientes frente a las que no (59% vs 82%, respectivamente) y los primeros 3 días postparto, así como la reducción del riesgo de incontinencia urinaria durante los tres primeros meses^(1,16). Sin embargo, este método no reduce la tasa de suturas perineales⁽¹⁶⁾. A diferencia de los anteriores artículos, un estudio⁽²⁾ afirma que los únicos beneficios de esta práctica consisten en la vasodilatación y el aumento de suministro de sangre que permite la distensibilidad, relajación muscular, y una alteración de percepción dolor, pero que no presenta ningún poder de reducción de lesiones perineales. Aun así, sostiene junto al resto de estudios que es una práctica simple y de bajo costo que se debería incluir en la segunda etapa de parto^(2,9,13,16).

La postura en el periodo expulsivo es el gran obviado por los profesionales en este estudio y sin embargo es uno de los métodos más apoyados por la evidencia. Sin embargo, en los resultados de este estudio hemos podido observar que el pequeño porcentaje de profesionales que conocen este método son aquellos formados en el periodo de 2000–2010, coincidiendo con el periodo de publicación de la mayor parte de estudios al respecto de este método^(2,8,12). Múltiples estudios han analizado diferentes posiciones y sus variaciones, llegando a la conclusión de que las posiciones menos lesivas para el periné en el periodo expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo^(2,8-9).

Las posiciones verticales o laterales en comparación con la clásica actual supino o litotomía, se asocian a un menor tiempo de periodo expulsivo, (lo cual favorece una significativa reducción de la práctica de la episiotomía), menor dolor agudo durante la segunda etapa y reducción en los patrones anormales de la FCF^(9,17-18). Respecto a la posición lateral está asociada a un menor número de desgarros perineales de segundo grado respecto a las verticales⁽¹⁷⁾, así como, a la incidencia más baja de desgarros espontáneos en nulíparas⁽⁹⁾, siendo por tanto la postura en la que se consiguen más perinés intactos de forma global (66.6%)⁽⁸⁾.

La posición vertical con apoyo, aunque a diferencia de la lateral tenga un porcentaje mayor de desgarros de segundo grado proporciona múltiples beneficios a la parturienta^(8,17-18). Por efecto de la gravedad se consigue: “una disminución de los riesgos de compresión aorta-cava y por tanto, la consiguiente mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. También posibilita contracciones uterinas más fuertes y eficientes y mejor acomodación del feto para su paso

a través de la pelvis debido al aumento de los diámetros pélvicos⁽¹⁹⁾. Otro hecho muy importante de esta posición es que permite un mayor confort y autonomía a la madre, lo que posibilita la sincronización necesaria con la matrona para que la entrega de la cabeza fetal se produzca de forma lenta, suave y entre contracciones (lo cual constituye otro elemento protector como veremos a continuación de este método)⁽²⁾. Todo esto se traduce en una mayor satisfacción materna⁽¹⁸⁾, consiguiendo que un 85% de las mujeres que habían parido en esta posición desearan repetirlo en un siguiente parto. Respecto a esta posición es importante señalar que dentro de sus variables la menos recomendada es la posición en cuclillas para nulpáras⁽⁸⁾.

La OMS, la GPC realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social de 2010 y la FAME establecen que se debe evitar el parto en posición de litotomía o decúbito supino^(4-6,8-9), indicando además que las matronas deben ser expertas en asistir partos en diferentes posiciones, así como asesorar a las mujeres sobre la posición que más les conviene y sobre todo que cada mujer pueda decidir libremente qué posición adoptar durante el parto⁽⁸⁾. Otro elemento protector del periné durante el periodo expulsivo consiste en ralentizar la salida de la calota fetal mediante el control de la deflexión de la cabeza y de los pujos. Respecto a la deflexión de la cabeza fetal vemos que sí es conocido por todos los cargos profesionales de este estudio, pero sin embargo no es considerado efectivo por ginecólogos y MIR a pesar de que es recomendado porque disminuye considerablemente el número de roturas del esfínter anal^(9,20).

En cuanto a los pujos maternos, existe una amplia evidencia que demuestra que el manejo más fisiológico del periodo expulsivo sería dejar a la mujer que se guíe por su propia necesidad de pujar^(1,8-9,11), ya que, los pujos espontáneos han demostrado ser más beneficiosos que los dirigidos⁽¹⁾: presentan menos traumatismos perineales y una menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en un futuro⁽⁸⁾. Sin embargo, existe un momento del periodo expulsivo que hace necesario el control de los pujos al que nos referimos en este trabajo: cuando la presentación está en el IV plano de Hodge o coronando^(9,20), debido a que en este momento el suelo pélvico es más susceptible de lesión porque la presentación fetal alcanza el periné distendiéndolo. Este control consistiría en indicar a la mujer que no empuje a pesar de que se trata del momento en el que siente mayor necesidad de pujar⁽⁹⁾. Este hecho permite la ralentización de la salida de la calota fetal, lo cual favorece junto con el método anterior, la disminución del desgarro del esfínter anal⁽¹⁹⁾. También permite la expulsión de la cabeza entre contracciones y no durante las mismas, lo cual ha demostrado ser un factor protector tanto en primíparas como en múltiparas⁽¹⁻²⁾. En este estudio hemos podido comprobar que este método sólo es conocido y usado por un porcentaje reducido de matronas aunque alto de EIR, siendo absolutamente desconocido para los cargos restantes.

Respecto a la aplicación sobre el periné de sustancias lubricantes también es un método conocido y utilizado por un porcentaje muy reducido de los profesionales de este estudio. Este método sirve para facilitar la distensión perineal y

el desprendimiento de la cabeza fetal reduciendo el riesgo de trauma⁽²⁰⁾.

Gracias a este trabajo hemos podido comprobar que aun hoy, a pesar de las recomendaciones de la OMS, FAME, GPC y la evidencia científica disponible que un gran número de profesionales sigue considerando erróneamente como métodos protectores perineales la episiotomía y el masaje perineal durante el periodo expulsivo.

El uso de la episiotomía se justificaba en relación con el periné en una supuesta reducción del riesgo de desgarros perineales, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal^(3,9). También se basaba en un acortamiento del periodo expulsivo para beneficio del feto y en que facilitaba mayor número de partos espontáneos⁽⁹⁾. Sin embargo, a través de la evidencia se observó que produce más daños que supuestos beneficios^(1-2,6,21). Respecto a la supuesta reducción de desgarros perineales está comprobado que sólo es efectiva para evitar el traumatismo perineal anterior, el cual tiene una morbilidad mínima^(6,22). Sin embargo, aumenta el traumatismo perineal y vaginal (sobretudo desgarros de tercer y cuarto grado⁽¹⁷⁾, así como la longitud y la profundidad de la lesión perineal posterior⁽²²⁾). También supone un incremento en la necesidad de reparación y en las complicaciones de la cicatrización^(6,8,21-22). En cuanto a la disfunción del suelo pélvico no previene la debilidad de la musculatura del mismo y sus secuelas, tales como prolapso⁽⁸⁾. Tampoco aporta los supuestos beneficios con respecto a la incontinencia urinaria y fecal, sino que además provoca la disfunción del esfínter anal^(3,8-9,21) aumentando hasta dos veces el riesgo⁽²¹⁾.

Además de las complicaciones anteriores, la episiotomía también se relaciona con: aumento de la pérdida sanguínea de la mujer⁽⁸⁾, incremento del riesgo de infección, dehiscencia y fascitis necrotizante⁽³⁾, mayor dolor al alta^(3,6,21), dispareunia^(3,9,21), retraso en el inicio de las relaciones sexuales^(3,21), consecuencias psicológicas como depresión, síndrome de estrés postraumático y ansiedad⁽³⁾ y no protege al feto de la asfixia intraparto⁽⁸⁾.

Otra situación que justificaba el uso de la episiotomía era evitar nuevos desgarros en aquellas mujeres que ya habían sufrido una lesión perineal grave tal como desgarros de tercer o cuarto grado. Sin embargo, la GPC⁽⁹⁾ y la Guía NICE⁽¹¹⁾ establecen que no debe utilizarse en esta situación ya que numerosos estudios demuestran que, por un lado, la episiotomía tiene mayor morbilidad que un desgarro⁽¹⁾ y por otro, que la incidencia de recurrencia de traumatismo perineal grave es similar a la de cualquier otra mujer que no haya sufrido ninguno⁽¹¹⁾ y que además, aumenta el riesgo de desgarro recurrente así como, el riesgo de traumatismo inicial^(1,22). Por todo esto su uso sólo estaría limitado a las siguientes indicaciones: sospecha de compromiso fetal, parto vaginal complicado, cicatrices de mutilación de los genitales femeninos^(3,8-9,11) y desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados^(3,8).

Otro método erróneamente considerado como protector por los MIR de este estudio es el masaje perineal durante el periodo expulsivo. Si bien el masaje perineal en el embarazo es beneficioso porque ayuda a reducir el traumatismo perineal en el periodo expulsivo y el dolor posterior continuo⁽⁸⁾ no debe realizarse durante el parto⁽⁸⁻⁹⁾ ya que su

uso no muestra ninguna ventaja: no produce una reducción significativa en las tasas de perineos intactos, ni de dolor vaginal a los 3 días, 10 días y 3 meses, dispareunias y en la no reanudación de las relaciones sexuales⁽²³⁾.

CONCLUSIÓN

Por tanto, se puede concluir que el grado de conocimiento y utilización de los métodos de protección perineal durante el periodo expulsivo no se corresponde con las recomendaciones de la OMS (1985, 1996, 2003), la FAME (2007), el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) y la “Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal” (2010). Se

observan diferencias entre los cargos profesionales en cuanto al nivel de conocimiento de protección perineal, siendo éste considerablemente limitado para ginecólogos, seguido por los MIR, y siendo mayor para matronas y EIR. Los futuros profesionales (MIR y EIR) están recibiendo su formación en un medio que no es acorde en su totalidad con las directrices establecidas sobre protección perineal. Finalmente, aunque existan diferencias según el cargo desempeñado en cuanto a la necesidad de formación y a la errónea percepción de sus conocimientos como suficientes, se evidencia una necesidad generalizada de actualización sobre protección perineal.

RESUMEN

Objetivo: Analizar grado de conocimiento y utilización de los métodos de protección perineal durante el periodo expulsivo de los profesionales sanitarios implicados en el parto y si se corresponde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. **Método:** Estudio descriptivo de corte transversal dirigido a sanitarios que asisten partos en España. **Resultados:** Participaron en el estudio 57 profesionales: matronas (47%), ginecólogos (25%), Enfermero Interno Residente (EIR) (14%) y Médico Interno Residente (MIR) (14%) en Obstetricia y Ginecología. Hubo diferencias respecto al grado de conocimiento y utilización según el cargo desempeñado, siendo muy limitado para ginecólogos y MIR. Los únicos métodos reconocidos por todos los cargos fueron “Hands On” ($p=0,05$). “Hands off” ($p=0,002$), “Control de pujos” ($p=0,0001$) y “Posturas en el periodo expulsivo” (0.03) sólo son conocidos por las matronas y EIR. “Control de deflexión de la cabeza fetal” (0.035) y el “Control de pujos” ($p=0,011$) son efectivos para matronas y EIR. La “Episiotomía” se identificó erróneamente como protector del periné por ginecólogos y MIR ($p=0,003$). **Conclusión:** El grado de conocimiento y uso de los métodos de protección del periné de los profesionales no se corresponde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

DESCRIPTORES

Parto; Partería; Episiotomía; Perineo; Enfermería Obstétrica.

RESUMO

Objetivo: Analisar o grau de conhecimento e utilização dos métodos de proteção perineal durante o período expulsivo por parte dos profissionais sanitários implicados no parto e se ele se corresponde com as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Método:** Estudo descritivo de corte transversal dirigido a sanitários que assistem partos na Espanha. **Resultados:** Participaram no estudo 57 profissionais: obstetras (47%), ginecologistas (25%), Enfermeiro Interno Residente (EIR) (14%) e Médico Interno Residente (MIR) (14%) em Obstetrícia e Ginecologia. Houve diferenças no grau de conhecimento e utilização segundo o cargo desempenhado, sendo muito limitado para ginecologistas e MIR. Os únicos métodos reconhecidos por todos os cargos foram “Hands On” ($p=0,05$). “Hands off” ($p=0,002$), “Controle de puxos” ($p=0,0001$) y “Posturas no período expulsivo” (0.03) somente são conhecidos pelas obstetras e EIR. “Controle de deflexão da cabeça fetal” (0.035) e o “Controle de puxos” ($p=0,011$) são efetivos para matronas e EIR. A “Episiotomia” se identificou erroneamente como protetor do períneo por ginecologistas e MIR ($p=0,003$). **Conclusão:** O grau de conhecimento e uso dos métodos de proteção do períneo dos profissionais não se corresponde com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

DESCRITORES

Parto; Tocología; Episiotomia; Períneo; Enfermagem Obstétrica.

REFERENCIAS

1. De la Rosa Z, Castillo MT, Sánchez MV. Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. *Matronas Prof.* 2013;14(1):19-23.
2. Avilés Sáez Z, López Martínez EM, Driéguez Castaño C, Conesa Ferrer MB. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. *Enferm Global.* 2019;53:183-99. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
3. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. La episiotomía y su relación con diferentes variables clínicas que influyen en su desempeño. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2016;24:e2793. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>
4. Organización Mundial de la Salud. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2:436-7.
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2020 Mar. 10]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
6. Liljestrand, J. Episiotomía en el parto vaginal: comentario de la BSR. Ginebra: OMS; 2003.
7. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2008 [citado 2016 Jan. 10]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA%20ATENCION%20PARTO%20NORMAL%20SNS.pdf>
8. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa al parto normal [Internet]. Barcelona: FAME; 2007 [citado 2016 Jan. 10]. Disponible en: http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Iniciativa_parto_normal_FAME.pdf
9. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal [Internet] Madrid; 2010 [citado 2016 Jan. 10]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf

10. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames 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. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x>
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth.* London: NICE; 2014.
12. 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. *J Reprod Med.* 2002;47(6):477-82.
13. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
14. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007;32(3):158-64. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000269565.20111.92>
15. Petrocnik P, Marshall JE. Hands-poised technique: the future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery* 2015;31(2):274-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.004>
16. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth.* 2007;34(4):282-90. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x>
17. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5(5):CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>.
18. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. A comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open* 2016;6:e011362. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>
19. Aceituno L, Segura MH, Ruiz E, Sánchez-Barroso MT, Delgado L, Barqueros AI. Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del periné durante el parto. *Clín Investig Ginecol Obstetr.* 2011;38(1):8-14. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.12.005>
20. Enkin M, Keirse MJ, Chalmers I, Enkin E. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth.* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
21. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005;293(17):2141-8. <https://doi.org/10.1001/jama.293.17.2141>
22. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11):CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081>
23. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ.* 2001;322(7297):1277-80. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7297.1277>.

