

# Cuidados del periné

■ El masaje perineal durante la gestación es efectivo para reducir el trauma perineal y las episiotomías.

■ No hay evidencia de que el estiramiento o masaje perineal en el expulsivo aporte algún tipo de beneficio.

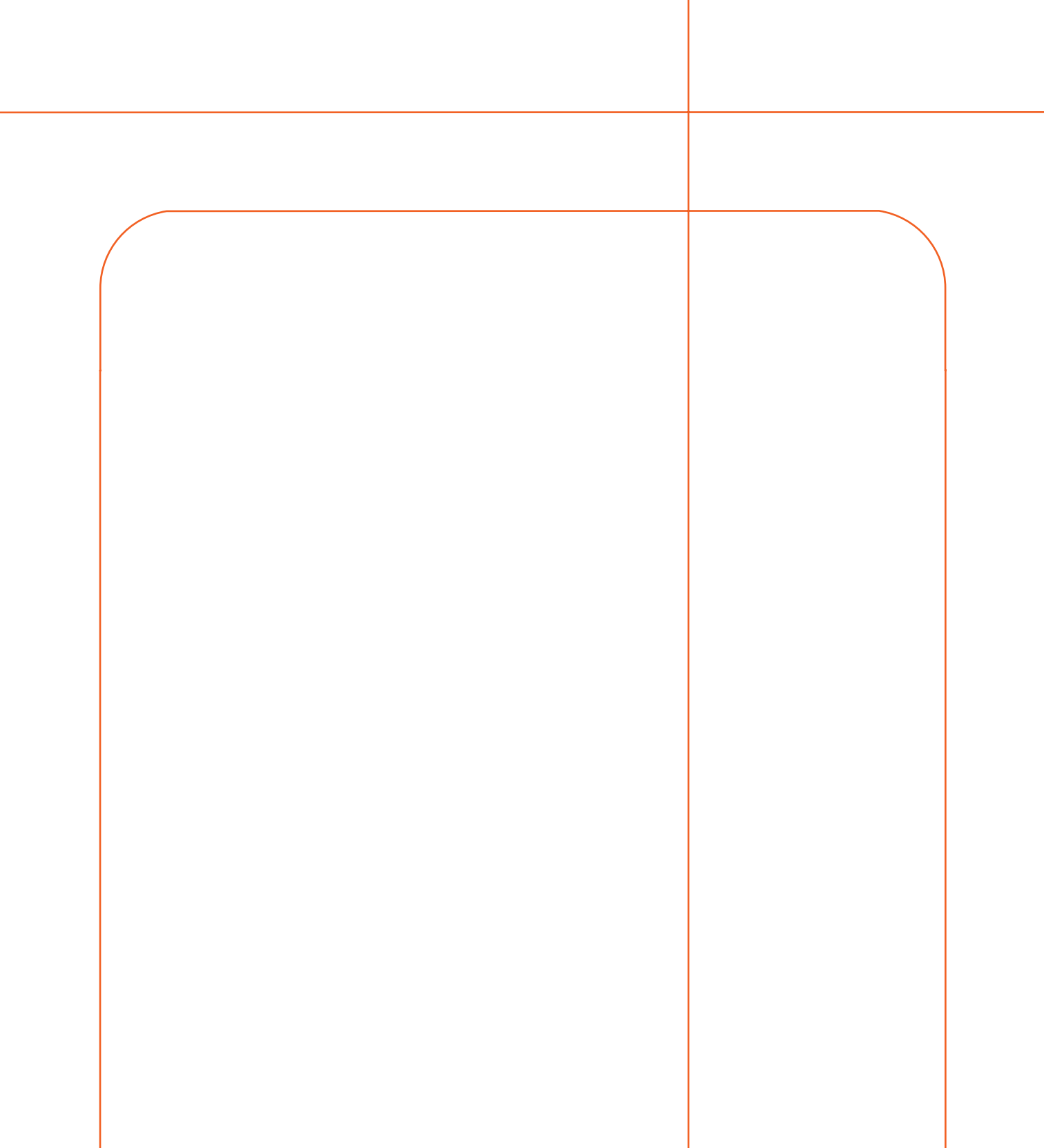
■ Existen dos métodos de cuidado del periné en el expulsivo:

· La conducta de protección activa del periné: una mano ejerce presión sobre el periné, mientras que la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente, y se maneja de forma activa la salida de los hombros.

· La conducta expectante: se mantienen las manos preparadas, pero sin tocar la cabeza fetal y se espera la salida espontánea de los hombros.

No existen diferencias en los resultados a excepción del incremento de episiotomías en la conducta activa. El profesional que atiende el parto debería emplear uno u otro dependiendo de su habilidad y de la elección informada de la mujer.

■ La sutura continua tiene más beneficios que los puntos sueltos. Deberían utilizarse siempre suturas de absorción rápida.



## CUIDADOS DEL PERINÉ

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural<sup>1-3</sup>.

### Masaje perineal prenatal

No existe evidencia científica de que los masajes perineales y estiramientos del periné con lubricante hidrosoluble en el expulsivo tengan efectos beneficiosos<sup>4-6</sup> relacionados con la integridad del periné, los traumatismos perineales, el dolor, las relaciones sexuales o la incontinencia urinaria o fecal posterior, aunque tampoco se ha demostrado que sean perjudiciales<sup>7</sup>.

El masaje perineal en el embarazo, con aceite de almendras dulces durante 5-10 minutos, al menos unas cuatro semanas antes del parto y una o dos veces por semana, ayuda a reducir el traumatismo perineal en el parto, principalmente las episiotomías, y también el dolor posterior continuo. Este efecto es más importante en mujeres nulíparas<sup>8</sup>.

La práctica del masaje perineal en el embarazo es bien aceptada por las mujeres<sup>8</sup>, aunque en la primera semana algunas mujeres pueden tener algunas molestias o dificultades en la técnica del masaje que luego desaparecen. En un estudio de opinión de las mujeres respecto al masaje perineal prenatal, la mayoría lo recomendaría a otras mujeres y lo repetiría en gestaciones posteriores<sup>9</sup>.

### Paridad

Al aumentar la paridad disminuye el riesgo de traumatismo perineal en el parto, incluso de episiotomías, por tanto éste se produce con más frecuencia en mujeres primíparas<sup>1, 4, 10</sup>.

### Posición en el expulsivo

La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal<sup>1-3</sup>:

- En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).
- Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.
- En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).
- Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9% del total).

Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, puesto que en las revisiones efectuadas los resultados no son concluyentes, se debe dejar a la mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda.

### El profesional que asiste el parto

Dependiendo de la pericia y la tendencia del profesional que atiende el parto, existe mayor probabilidad de lesión perineal, ya que el uso de la episiotomía está asociado en gran medida a estos factores<sup>11</sup>. Si el profesional que atiende el parto está asociado a una alta tasa de episiotomías (>40%), aumenta la probabilidad de tener otra episiotomía o lesión perineal en los partos que atiende, mientras que si presenta una tasa baja de episiotomías (<40%), existen más posibilidades de que la mujer conserve un periné íntegro.

No existen diferencias en los desgarros de tercer y cuarto grado en relación con la categoría del profesional que atiende al parto<sup>12</sup>. Una política de práctica selectiva de episiotomías reduce las lesiones perineales y la necesidad de suturas<sup>13</sup>.



Además de la categoría profesional del asistente al parto, existen diferencias según tendencias en hospitales y países. De tal manera que en un hospital español donde se realizan episiotomías de forma sistemática, éstas pueden afectar al 88,2% de las mujeres con parto eutócico; sin embargo, en otro hospital español la tasa es de un 18% en partos vaginales espontáneos<sup>14</sup>. Mientras que en Inglaterra las episiotomías pueden afectar al 16% del total de partos y, en Estados Unidos, al 38,6%<sup>15</sup>.

### La episiotomía

Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal<sup>16, 17</sup>. Un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar<sup>18</sup>.

Entre los beneficios de esta práctica se encuentra el hecho de que previene el traumatismo perineal anterior, y entre sus inconvenientes<sup>10</sup>:

- Mayor lesión perineal y sus secuelas.
- No previene la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y sus secuelas.
- No protege al feto de la asfixia intraparto.
- Aumenta la pérdida sanguínea de la mujer.
- Incrementa la profundidad media de los desgarros perineales posteriores.
- Aumenta el riesgo de lesión al esfínter anal.
- Incrementa los problemas de cicatrización y el dolor en los primeros días posparto.

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Parto vaginal complicado.
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos

o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados.

En una revisión de la Biblioteca Cochrane sobre episiotomía en el parto vaginal se concluyó que su uso restrictivo se asocia a un menor riesgo de morbilidad incluyendo los traumatismos perineales posteriores, la necesidad de sutura y las complicaciones en la cicatrización dentro de los siete primeros días. No existieron diferencias en cuanto a los traumatismos vaginales o perineales graves, el dolor, la dispareunia o la incontinencia urinaria. Se obtuvieron resultados similares con los dos tipos de episiotomías, mediolateral y media. Por tanto, se recomienda un uso restrictivo de la episiotomía, utilizando la técnica más conocida por el profesional que asiste el parto<sup>17</sup>.

### Macrosomía fetal

El peso del recién nacido no está relacionado con la práctica de episiotomías en el parto vaginal espontáneo<sup>13</sup>. Sin embargo, la macrosomía fetal o el diámetro biparietal grande aumentan el riesgo de traumatismo perineal o de episiotomía<sup>1, 12</sup>.

### El tiempo de expulsivo

El expulsivo prolongado es un factor predisponente a la práctica de episiotomía en los partos vaginales espontáneos, independientemente del profesional que asiste el parto en estos casos<sup>12</sup>.

### Analgesia epidural

El uso de analgesia epidural no incrementa el riesgo de tener que practicar una episiotomía, aunque, a veces, puede llevarse a cabo debido a la impaciencia del profesional que asiste el parto<sup>12</sup>.

### Métodos de cuidados del periné en el expulsivo

En un estudio realizado en Inglaterra con 5.316 mujeres, se compararon dos técnicas de cuidados del periné durante el expulsivo<sup>19</sup>:

- *Hands on* o conducta de protección activa del periné: una mano ejerce presión sobre el periné mientras que la otra sujeta la cabeza para que ésta salga suavemente, y se maneja de forma activa la salida de los hombros.
- *Hands poised* o conducta expectante: se mantienen las manos preparadas, pero sin tocar la cabeza fetal, y se espera la salida espontánea de los hombros.

En este estudio sólo se establecieron diferencias significativas en cuanto a la reducción del dolor a los ocho días posparto en las mujeres a quienes se había protegido el periné. No existieron diferencias en cuanto a la localización y la gravedad del traumatismo perineal en ambos grupos.



En otro estudio realizado en 1.076 mujeres en que se comparaban ambos métodos, su autor no encuentra diferencias estadísticamente significativas de lesión perineal entre los dos grupos, pero considera que existe un aumento de episiotomías y desgarros de tercer grado en el grupo de protección del periné (*hands on*). Considera que la isquemia provocada por la intervención manual de los tejidos del periné es un factor de riesgo importante en los desgarros perineales graves<sup>1</sup>.

Se recomienda la realización de más estudios para determinar qué método ofrece más beneficios<sup>19</sup>. Y el profesional que atiende el parto debería utilizar uno u otro dependiendo de la habilidad y la elección informada de la mujer.

Existen diversas técnicas para disminuir el dolor en el parto espontáneo y su posterior sutura, pero se deberían elaborar más estudios para demostrar su efectividad<sup>20</sup>.

- Métodos no farmacológicos: paños calientes (utilizados en un 33% de las unidades maternas), paños fríos (utilizados en un 21% de las unidades

maternas) y masaje perineal con crema (utilizado en un 52% de las unidades maternas).

- Métodos farmacológicos: anestésicos locales (lidocaína, lidocaína + adrenalina, prilocaína).

En cuanto a la sutura de episiotomías o desgarros<sup>21-24</sup>:

- Los materiales sintéticos reabsorbibles son mejores (disminución del dolor).

- La sutura intradérmica de la piel en los desgarros de primer y segundo grado y en las episiotomías reduce el dolor a corto plazo.

En cuanto al hecho de dejar sin suturar la piel de los desgarros de primer y segundo grado que no presentan sangrado, se precisan más estudios que clarifiquen cuál es la mejor forma de actuar<sup>25</sup>. Si bien el hecho de no suturar la piel no parece tener incidencia en las infecciones, la necesidad de resuturar posteriormente o la incontinencia. Además las mujeres presentan una disminución del dolor en los días siguientes al parto y dispaurenia posteriormente<sup>26</sup>.

Es necesario planificar estrategias con los profesionales y las mujeres para disminuir la práctica sistemática de la episiotomía<sup>27, 28</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabi M, Kaider A, Wagenbichler P y cols. Traditional care of the perineum during birth. *J Reprod Med.* 2002 Jun; 47(6): 477-82.
2. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth.* 2002 March; 29(1): 18-27.
3. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre los distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 9-12.
4. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(3): 464-71.
5. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3.<sup>a</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
6. Stamp G, Kruzins G, Crowter C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *Br Med J.* 2001; 322: 1.277-80.
7. McCandlish R. Cuidados del perineo durante el periodo expulsivo del parto. *Matronas Prof.* 2001; 6: 9-12.
8. Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
9. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Br J Obstet Gynaecol.* 2001 May; 108(5): 499-504.
10. Woolley, RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv.* 1995 Nov; 50(11): 806-20.
11. Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakley D. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *J Midwifery Womens Health.* 2000 Mar-Apr; 45(2): 87-93.
12. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2000 Aug; 96(2): 214-8.
13. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol.* 2004; 47(9): 414-22.
14. Margaix L, Peransi P, Ros MV, Carreguí S. Revisión de la práctica de la episiotomía en la atención al parto en el Hospital de la Plana desde 2002 al 2005. Póster presentado en el Congreso Nacional de matronas de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y la FAME. Cartagena, 2006.
15. Montenegro Alonso MS, Blanco Nieves I, Pereiro Bangueses MA, Barro Rochela E, Rico Padín B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Prof.* 2005; 6(1): 30-2.
16. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS, 1996.
17. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
18. Sleep J, Grant A, Garcia J y cols. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984; 298: 587-690.
19. McCandlish R, Bowler U, Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L y cols. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Dec; 105(12): 1.262-72 .

20. Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*. 2005; 21: 154-60.
21. Green J, Coupland V, Kitzinger J. *Great expectations. A prospective study of women's expectations and experiences of childbirth*. Cheshire: Books for Midwives, 1998.
22. Kettle C. Perineal care. *Clin Evid*. 2005 Jun; (13): 1.780-95.
23. Kettle C, Johanson RB. Suturas continuas versus suturas interrumpidas para la reparación del periné (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
24. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 359: 2.217-23.
25. Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Apr; 105(4): 435-40.
26. Grant A, Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *BJOG*. 2001 Jan; 108(1): 34-40.
27. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002; 62(2): 115-21.
28. McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *J Midwifery Womens Health*. 2001 Nov-Dec; 46(6): 396-401.