



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/210d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Prevención del trauma perineal: Comparación de la técnica de protección manual del periné versus técnica expectante**

Autores **María José Mata Saborido, María Irma Sánchez Casal, Juana María Luna Valero**

Centro/institución Hospital de Jerez, Servicio Andaluz de Salud.

Ciudad/país Jerez de la Frontera (Cádiz), España

Dirección e-mail mjmatasaborido@hotmail.com

RESUMEN

El parto vaginal es el principal factor de riesgo para el trauma perineal, aumentando la morbilidad de la mujer ocasionando dolor, dispareunia, incontinencia urinaria y/o rectal. Por ello, uno de los objetivos de las matronas es conseguir un periné intacto ó a lo sumo, el menor daño perineal posible mediante intervenciones físicas como el calor, frío, masaje... ó las que explicamos en este trabajo. Muchas de ellas precisan más estudios para demostrar su eficacia según la evidencia científica. En este Proyecto de Investigación, el objetivo es comparar la efectividad de dos medidas conservadoras de protección perineal; la maniobra de protección ó soporte manual del periné versus la actitud expectante durante el periodo expulsivo del parto, para estudiar cuál de ellas disminuye el trauma perineal. Se plantea un Ensayo Clínico Aleatorio. La población de estudio será las gestantes en trabajo de parto que acuden al Hospital de Jerez, Cádiz. La técnica de muestreo será la llamada muestreo accidental o consecutivo. Se pretende conocer que técnica es más eficaz para disminuir la lesión del periné y optimizar nuestra labor asistencial al ofrecer cuidados basados en la evidencia. Conseguiremos mejorar la salud de la mujer, su calidad de vida y que vivan el proceso del parto y puerperio como una experiencia única y satisfactoria.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

Se llama periné a la zona del cuerpo situada en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis. Es el conjunto de músculos y aponeurosis que cierran la parte inferior del abdomen comportándose como una hamaca flexible que sujeta la vejiga, el aparato genital interno (vagina y útero) y el recto¹.

Tiene, entre otras, las siguientes dos propiedades:

- Una gran coordinación sensitiva y motriz, actuando intermitentemente, para permitir la salida del feto en el parto y una gran flexibilidad para que ello sea posible.
- Una gran fuerza, para asegurar una sujeción firme a lo largo de la vida de la mujer.¹

El periodo expulsivo ó segunda etapa del parto se inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con la salida del feto. En la salida del mismo, se puede producir trauma perineal ya sea de forma espontánea por desgarros ó con la práctica de la episiotomía.² Esto origina un aumento de la morbilidad de la mujer, afectando negativamente a nivel bio-psico-social. Las mujeres que sufren desgarros y episiotomías refieren molestias hasta 10 ó 12 días posparto y meses después³, dispareunia⁴, incontinencia rectal ó urinaria.⁵

Los diferentes tipos de desgarro se clasifican en:

- Primer grado: Afectan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el músculo subyacente.
- Segundo grado: Afectan la fascia y el músculo del cuerpo perineal, sin comprometer al esfínter anal. Estos desgarros por lo general se extienden en dirección superior en uno o ambos lados de la vagina y determinan una lesión triangular irregular.
- Tercer grado: Abarcan la piel, la mucosa y el cuerpo perineal, y también el esfínter anal. (clasificado como 3a cuando se desgarra menos del 50% del esfínter anal externo; 3b cuando se desgarra más del 50% del esfínter anal externo; 3c cuando se desgarra el esfínter anal interno y externo)
- Cuarto grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Este tipo de lesión se relaciona también con desgarro en la región uretral que a veces sangra de manera profusa.⁶

También se da la posibilidad que el periné no sufra daños, considerando periné intacto tras expulsivo: aquel que presenta ningún tipo de lesión, o presenta laceraciones no sangrantes que no precisan sutura.⁶

La episiotomía es una incisión en el periné que se realiza para aumentar el tamaño del introito vaginal en el periodo expulsivo del parto. Es el procedimiento quirúrgico más frecuente, ya que desde la institucionalización del parto en la década de los 70 se efectuaba en todas las primíparas, como medida de protección perineal. Se le atribuyó beneficios y ventajas inexistentes que actualmente, gracias a la evidencia científica, se ha demostrado que son falsas.

La evidencia científica disponible nos recomienda un uso selectivo de la episiotomía ya que no es eficaz para proteger el periné y contribuye a la incontinencia del esfínter anal al aumentar la incidencia de los desgarros de tercer y cuarto grado entre otras consecuencias negativas para la salud de la mujer.⁷

Es por ello que esta técnica ha ido disminuyendo en los últimos años, frente al incremento de medidas conservadoras para conseguir un periné intacto. Tales como: Masaje perineal antes del parto, episiotomía restrictiva, aplicación de compresas calientes en el expulsivo, masaje perineal durante la segunda fase del parto, técnica de soporte manual o técnica expectante.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en sus recomendaciones del año 2007,⁸ solo nombran como medida de protección perineal la episiotomía restrictiva, sin hacer referencias a las técnicas que vamos a investigar que explicaremos a continuación:

- Técnica de soporte manual: mantener la flexión de la cabeza fetal durante su salida, ejerciendo presión sobre el occipucio en dirección descendente, hacia el periné, evitando la extensión de la cabeza hasta la coronación, y la protección del periné situando la otra mano sobre esta estructura sujetándola. Esta técnica permite frenar la salida de la cabeza permitiendo la extensión del periné para reducir trauma.⁹
- Técnica expectante: *Manos fuera*. Con actitud expectante, para ejercer una leve presión o soporte de la cabeza, en caso de que ésta salga de manera demasiado rápida.⁹

Nosotras vemos la necesidad de comparar dos de estas medidas conservadoras, la técnica de soporte manual y la expectante, porque son las más utilizadas, las que tienen mayor controversia en cuanto a su eficacia en la práctica laboral de las matronas, ya que estas defienden el uso de una u otra sin razones basadas en la evidencia, sino porque ellas simplemente lo han aprendido así.

Además, se ha sugerido que la técnica de soporte manual actúa en contra del mecanismo normal del parto, mediante el cual el feto se dispone en la actitud más apropiada para pasar a través del canal del parto. Esto plantea la pregunta de si el soporte manual es beneficioso para prevenir trauma perineal o si las matronas deberían mantener una actitud expectante.¹⁰ Los estudios que hemos encontrado concluyen que no hay evidencia científica suficiente para apoyar o refutar estas técnicas.¹¹⁻¹⁵

Otra razón para llevar esta investigación a cabo es la falta de realización de este tipo de estudios sobre la mujer española. Ya que, hemos encontrado estudios que afirman que factores socio-económicos (*etnia/raza* y nivel educativo, en particular) influyen en la incidencia de trauma perineal.¹⁶

Con esta investigación esperamos mejorar nuestra labor asistencial, empleando técnicas basadas en la evidencia y saber que técnica es mejor emplear para proteger el periné de las parturientas para minimizar la lesión perineal, con las consecuencias que puede tener en la calidad de vida de la mujer.

Hipótesis

La maniobra de protección manual del periné durante el periodo expulsivo no disminuye la incidencia ni gravedad de traumas perineales, con respecto a la actitud expectante.

Objetivos

Objetivo general

Comparar la efectividad de las maniobras, protección manual del periné o actitud expectante durante el expulsivo, en el trabajo de parto y la disminución de trauma perineal.

Objetivos específicos

- Conocer la incidencia de trauma perineal en ambas técnicas de protección manual de periné.
- Conocer la incidencia de trauma perineal, utilizando ambas técnicas, con respecto a otras nacionalidades.
- Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio
- Conocer la posible asociación entre las variables socioeconómicas y la incidencia de traumatismo perineal.

Método

Definición de la unidad de estudio

La población de estudio será las gestantes en trabajo de parto que acuden al Hospital de Jerez, Cádiz. La técnica de muestreo será la llamada muestreo accidental o consecutivo, mediante la cual, la inclusión de las embarazadas se realizará a medida que vayan llegando a la sala de partos entre los meses de Enero, Febrero y Marzo de 2014, cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión:

- Primípara
- Gestación de bajo riesgo
- Un “registro cardiotocográfico normal” en condiciones ideales para permitir tomar el tiempo necesario en el expulsivo para poder aplicar las técnicas de forma idónea.*
- Peso fetal estimado entre 2500-3500g.
- No haber utilizado otras técnicas para reducir trauma perineal durante expulsivo.
- Presentaciones cefálicas flexionadas anterior. Occípito anterior.
- Posición de litotomía durante expulsivo (periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la salida del feto).
- No utilizar durante el expulsivo técnicas que aumenten el riesgo de trauma perineal, tales como, depresión repetida del periné, manipulación excesiva del periné.

* Registro cardiotocográfico normal:

FCF= 120-160

Variabilidad 1-2

Ascensos transitorios (reactividad) omega o periódicos

Ocasionales Dip I

Variables de estudio e instrumentos de medida

Variables Independientes: Técnicas utilizadas en el expulsivo

- Técnica de protección manual del periné.
- Técnica expectante.

Variables dependientes: Condiciones perineales

- Desgarro primer grado: Afectan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el músculo subyacente.
- Desgarro segundo grado: Afectan la fascia y el músculo del cuerpo perineal, sin comprometer al esfínter anal. Estos desgarros por lo general se extienden en dirección superior en uno o ambos lados de la vagina y determinan una lesión triangular irregular.
- Desgarro tercer grado: abarcan la piel, la mucosa y el cuerpo perineal, y también el esfínter anal.
- Desgarro cuarto grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Este tipo de lesión se relaciona también con desgarro en la región uretral que a veces sangra de manera profusa.
- Periné Intacto tras expulsivo: aquel que presenta ningún tipo de lesión, o presenta laceraciones no sangrantes que no precisan sutura.

Otras Variables

- Edad
- Nivel de estudios: Sin estudios, Primarios, Secundarios, Medios, Superiores.
- Raza

Procedimiento

Para la realización de este estudio se formaran dos grupos; un grupo experimental, al que se aplicará la técnica de protección manual de periné, y un grupo control, sobre el que se tendrá una actitud expectante. La asignación a cada grupo será aleatoria, por orden de llegada, incluyéndolas de manera alternativa a un grupo u otro.

Se incluirán a todas las mujeres que reúnan los criterios de selección entre los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2014.

A ambos grupos la matrona responsable del parto se encargará de dirigir los pujos para guiar a la mujer y conseguir que la cabeza salga de manera controlada, independientemente si se aplica una técnica u otra.

Consideramos necesario realizar tres sesiones formativas en las que expondremos el proyecto al personal de partos. Instruiremos a las matronas que desean participar en el estudio para que realicen las técnicas descritas de manera correcta, además les haremos un recordatorio de los tipos de desgarro y como identificarlo, así como la definición de periné intacto, descrito anteriormente y como cumplimentar de manera correcta los

registros. Los datos de los partos serán registrados por cada matrona que haya asistido al mismo, en un formulario destinado para tal fin [*Anexo II*], y archivados en carpetas específicas para ello.

Para evaluar que las matronas han empleado de manera correcta las técnicas a estudiar, incluiremos en el formulario de recogida de datos [*Anexo II*] unos ítems que nos permitirán saber que técnica han aplicado y si lo han hecho adecuadamente.

Diseño de investigación

Ensayo clínico aleatorio. Para la realización del estudio, hemos elaborado un modelo de consentimiento informado [*Anexo I*], que entregaremos a toda mujer que voluntariamente desee participar y cumpla con los criterios de inclusión descritos anteriormente. Además es necesario pedirle permiso al Comité de bioética del hospital.

Análisis de datos

En este apartado vamos a utilizar parámetros estadísticos para analizar los datos del ensayo clínico;

- Para comparar las variables cualitativas, la efectividad de dos técnicas de protección perineal durante el expulsivo: Utilizaremos el chi cuadrado.
- Para comparar las variables cuantitativas con cualitativas utilizaremos t de student.

Aspectos éticos

Vamos a asegurar el cumplimiento de los principios éticos mediante el empleo de las siguientes medidas:

- Las gestantes que participen en la investigación lo harán de forma voluntaria, teniendo en cuenta todos los requisitos del consentimiento informado.
- La gestante que decida participar tendrá garantizada en todo momento los siguientes derechos: autodeterminación para aceptar o rechazar su participación, derecho a tener toda la información pertinente al caso, opción a retirarse de la participación sin incurrir en ningún castigo, privacidad, dignidad, confidencialidad, estar libre de daños arbitrarios o de riesgos intrínsecos a ser lesionados.

En el formulario de recogida de datos no aparecerán información que permita la identificación de la gestante, tales como, nombre, apellidos, número de historia clínica, etc.

Discusión de posibles problemas

Consideramos que los problemas que pueden surgir al llevar a cabo esta investigación pueden ser los siguientes:

1. Falta de colaboración del personal, por varios motivos; no estar de acuerdo con el estudio, no estar de acuerdo con las técnicas propuestas, sobrecarga asistencial, falta de tiempo para rellenar los registros.

Para asegurar una adecuada colaboración del personal intentaremos motivarles en las sesiones formativas, haciendo hincapié de la importancia que tiene la investigación para nuestro desarrollo profesional. Asegurando que aquellos que deseen participar aparecerán en nuestro proyecto como colaboradores.

2. No aplicar las técnicas descritas de forma correcta y no saber identificar de manera correcta el tipo de desgarro.

Lo evitaremos aplicando varias medidas:

- En las sesiones formativas se instruirá al personal en el manejo correcto de las técnicas y la identificación correcta de los diferentes tipos de desgarro.
- En el formulario [*Anexo II*] evaluaremos la aplicación de las técnicas y la identificación de los tipos de desgarro mediante ítems específicos para ello.
- Mediante la observación directa, comprobaremos que técnica se ha utilizado en el parto y el tipo de lesión producido, contrastándolo posteriormente con el formulario cumplimentado por la matrona. Así comprobaremos que ambos hechos coinciden.

3. No aplicar adecuadamente los criterios de inclusión.

En las sesiones formativas expondremos dichos criterios, además los incluiremos en el formulario de registro de datos.

Recursos y presupuestos

Recursos Humanos

Investigadoras principales.

Ayudantes: Matronas voluntarias del servicio de partos del hospital de Jerez, Cádiz.

Recursos Materiales

Folios, bolígrafos, fotocopias del consentimiento informado, fotocopias del registro de partos, proyector, sala de reuniones, bibliografía, artículos de revista.

Hardware y software, conexión de Internet, dos ordenadores, disco duro portátil, Microsoft Power-point, Microsoft Excell, Windows Vista, Microsoft Word, impresora.

Recursos Económicos

Material de oficina: 180 euros

Conexión de Internet: 210 euros

Dietas: 1750 euros (desayuno y almuerzo)

Kilometraje: 4680 euros

Dos ordenadores portátiles TOSHIBA Satellite : 1500 euros

Disco Duro portátil: 50 euros

Impresora TOSHIBA: 200 euros

Presupuesto total: 8570 euros.

Organización y calendario de actividades

Las responsables del estudio se encargarán de formar al personal que participe en el mismo y de la recogida de datos. Además recopilarán y analizarán los datos obtenidos para elaborar el informe final.

La función de los colaboradores será la recogida de datos y cumplimentación de la hoja de registro. [*Anexo III*]

Las participantes del estudio serán aquellas gestantes que cumpliendo con los criterios de inclusión, han sido informadas debidamente y han firmado el consentimiento informado [*Anexo I*].

Para llevar a cabo esta investigación lo hemos organizado de la siguiente manera:

Noviembre de 2013 para la planificación que comprende: elección del tema a investigar, búsqueda bibliográfica (aunque ésta se extiende a lo largo de todo el proceso) y la elaboración del proyecto.

Diciembre de 2013 para la organización del proyecto, dónde realizaremos las tres sesiones informativas a las matronas que se hayan prestado a colaborar. Empelaremos la primera semana del mes para la obtención de los recursos necesarios y la autorización del comité de ética del hospital que calculamos que tardará unas 3-4 semanas.

Enero, Febrero y Marzo de 2014 para la ejecución que abarca la recogida de los datos, con la colaboración del personal de partos, especialmente las matronas, y la búsqueda bibliográfica. Nos desplazaremos al Hospital de Jerez dos días a la semana para controlar que todo se haga según lo planificado.

Abril, Mayo y Junio de 2014, para el procesamiento de los datos recogidos y análisis de resultados.

Julio 2014, elaboración de informe final.

En el *anexo III* se encuentra el diagrama de Gant, que distribuye a modo gráfico nuestro calendario de actividades.

Bibliografía

1. Calais-Germaine B, El periné femenino y el parto. 1ª ed. Barcelona: La liebre de Marzo; 2007.
2. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 1999; 2: 522-32.
3. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1995;102(4):282-7.
4. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2000;107(2):186-95.

5. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Sum)* 2005;1-8.
6. Gary Cunningham F, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth. Katharine D. Wenstrom. Trabajo de parto y partos normales. En: *Williams Obstetricia*. 21 ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2002.p.279-280.
7. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en al parto vaginal [Revisión Cochrane traducida]:La Biblioteca Cochrane Plus 2008, número 4. Oxford: Update Software Ltd.Disponible en: <http://www.update-software.com> [Consultado el 28 de Septiembre de 2013].
8. Sociedad española de ginecología y obstericia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid;2007.p.3-6.
9. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labour and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *JMWH (USA)* 2005; Vol.50(5): 365-372.
10. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Revision Cochrane). En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: [http:// ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi](http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi). [Consultado el 05. Septiembre. 2013].
11. DeSouza Caroci da Costa A, Gonzalez Rieso ML. A Comparison of “Hands Off” Versus “Hands On” Techniques for Decreasing Perineal Laceration During Birth. *JMWH(EEUU)* 2006; Vol. 51(2):106-11.
12. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.[Consultado el 28 de Septiembre del 2013].
13. Mayerhofer K, Bodner-Adler D, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P. Traditional care of the perineum during birth.A prospective, ranomized, multicenter study of 1076 women. *J Reprod Med. (Viena)* 2002;46(6):477-482.
14. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, FranciscoT. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN (USA)* 2007;Vol. 32(3):158-164.
15. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *Clinical Evidence (online)* 2008 Sep 24. [PUBMED: 19445799][Consultado el 25 de Septiembre del 2013].
16. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *BIRTH (UK)* 1998; Vol.25 (3):143-160.