

**Universidad Católica De Santa María**

**Facultad de Obstetricia y Puericultura**

**Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura**



**EFFECTO DEL MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE  
ROSA MOSQUETA EN LA PREVENCIÓN DEL TRAUMATISMO  
PERINEAL DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD MARITZA  
CAMPOS DIAZ. AREQUIPA DICIEMBRE 2017- MARZO 2018.**

Tesis presentada por las bachilleres:

**Arista Condori, Katherine**

**Vilca Soto, Patricia Virginia**

para optar el Título Profesional de

Licenciada en Obstetricia.

**Asesora: Dra. Escobedo Vargas, Jannet**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2018**

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 23 marzo 2018

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: M<sup>g</sup>. Ricardina Flores Flores  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: M<sup>g</sup>. Ricardina Flores Flores  
D<sup>ra</sup>. Yulany Cárdenas Quiroz  
M<sup>g</sup>. Marco Herrera Córdova  
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"Efecto del masaje perineal preventivo con aceite de rosa de mosquito en la prevención del trauma físico durante el parto. Centro de Salud Matrizo Campesino, Arequipa. Diciembre 2017 - Marzo 2018"

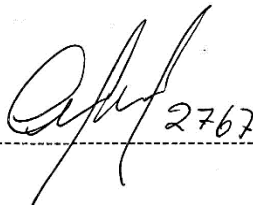
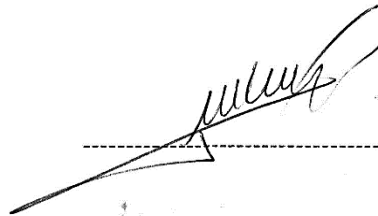
PRESENTADO POR:

Bac. Katherine Aristo Condori  
Bac. Patricia Vilca Soto

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.



## DEDICATORIA



*Es nuestro deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarle nuestra tesis, a Dios y a la vida por darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. A nuestros padres por ser el sustento en toda nuestra vida, a nuestros docentes en especial a la Dra. Jannet Escobedo Vargas por incentivarlos a ser mejores personas y profesionales y a las personas que contribuyeron en la realización de esta tesis.*

***Katherine y Patricia***

## INDICE

	Pág
RESUMEN.....	V
SUMMARY .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	IX
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEORICO .....	1
I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. ENUNCIADO.....	2
1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	4
2. OBJETIVOS .....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 MARCO CONCEPTUAL .....	6
3.1.1 PERINÉ.....	6
3.1.2 EL PERINEO:.....	6
3.1.3 TRABAJO DE PARTO .....	12
3.1.4 EPISIOTOMÍA .....	16
3.1.5 DESGARROS Y ALTERACIONES DEL PERINÉ.....	21
3.1.6 MASAJE PERINEAL PRENATAL.....	23
3.1.7 ACEITE DE ROSA MOSQUETA .....	28
3.1.8 BENEFICIOS DEL MASAJE PERINEAL .....	29
3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	31
4. HIPOTESIS.....	36
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	37
II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	38
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN 38	
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	39
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	41

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS .....	42
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	44
DISCUSIÓN .....	62
CONCLUSIONES .....	64
RECOMENDACIONES .....	65
BIBLIOGRAFÍA .....	66
INFORMATOGRAFÍA .....	67
ANEXO 1. Ficha de observación estructurada.....	70
ANEXO 2. Consentimiento informado para la investigación .....	72
ANEXO 3. Delimitación gráfica del lugar .....	73
ANEXO 4. Técnica del masaje perineal con aceite de rosa mosqueta.....	74
ANEXO 5. Autorización .....	76
ANEXO 6. Materiales .....	77
ANEXO 7. Evidencias.....	78
ANEXO 8. Cronograma de trabajo .....	80
ANEXO 9. Matriz de Sistematización .....	81

## RESUMEN

En la mayoría de partos vaginales se produce traumatismos perineales (episiotomías o desgarros) principalmente en mujeres primíparas. Estudios recientes (20,22) muestran el masaje perineal es una técnica que puede reducir los traumatismos perineales del parto.

**Objetivo:** Determinar el efecto del masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto.

**Material y métodos:** El estudio es de diseño experimental, comparativo y de campo, realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Arequipa diciembre 2017- marzo 2018.

**Unidades de estudio:** Para el estudio han sido incluidas mujeres de gestación única, nulíparas, mayores de 18 años, que culminaron en gestación a término y en parto vaginal y cuyo feto se encontraba en modalidad de presentación de vértice y sin ninguna patología, ni complicación durante el parto. Se han dividido en dos grupos: Grupo experimental formado por 15 gestantes que aceptaron voluntariamente la realización del masaje perineal y firmaron un consentimiento informado en el cual explicamos el proyecto. A dichas gestantes se les realizó la técnica de masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta a partir de las 34 semanas de gestación, con una frecuencia de una vez por semana hasta el parto. Y un grupo control formado por 15 gestantes a quienes no se les realizó la técnica de masaje perineal prenatal. Para el análisis de la variable prevención del traumatismo perineal en los grupos de estudio y para la comparación estadística se realizó la prueba de T de Student y Chi cuadrado

**Resultados:** En las gestantes a las que se realizó masaje perineal con aceite de rosa mosqueta el 46,7% conservó periné íntegro, al 80% no se les realizó episiotomía, el 33.3% presentaron desgarro, de los cuales el 80.0% presentaron desgarro de primer grado. En el grupo control el 13.3% conservó periné íntegro, al 53.3% les realizó episiotomía, el 46.7% presentaron desgarro, de las cuales el 85.7% presentaron desgarro de primer grado.

**Conclusión:** El masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta aplicado a gestantes nulíparas ha demostrado un efecto preventivo para el traumatismo perineal durante el parto.

**Palabras clave:** periné, masaje perineal, traumatismo perineal.



## SUMMARY

Perineal traumas (episiotomies or tears) occur mainly in primiparous women. Recent studies (20,22) shows perineal massage is a technique that can reduce the perineal traumas of childbirth.

**Objective:** To determine the effect of prenatal perineal massage with rosehip oil in the prevention of perineal trauma during childbirth.

**Material and methods:** The study is experimental, comparative and field design, conducted at the Maritza Campos Diaz Health Center. Arequipa December 2017-March 2018.

**Units of study:** The study included women of single gestation, nulliparous women, older than 18 years, who ended in term gestation and in vaginal delivery and whose fetus is in the form of presentation of vertex and without any pathology, or Complication during childbirth They were divided into two groups: Experimental group formed by 15 pregnant women who voluntarily accepted the perineal massage and signed an informed consent in which we explained the project. These pregnant women underwent the technique of prenatal perineal massage with rosehip oil from 34 weeks of gestation, with a frequency of once a week until delivery. And a control group consisting of 15 pregnant women who did not undergo the technique of prenatal perineal massage. For the analysis of the variable prevention of perineal trauma in the study groups and for the statistical comparison, the Student's T test and Chi-square test were performed.

**Results:** In the pregnant women who underwent perineal massage with aceote of rose hip, 46.7% conserved intact perineum, 80% did not undergo episiotomy, 33.3% presented tear, of which 80.0% presented tear of first degree. In the control group, 13.3% kept intact perineum, 53.3% underwent episiotomy, 46.7% had tears, of which 85.7% had a first-degree tear. A significant statistical difference ( $P < 0.05$ ) was presented in terms of the intact perineum and episiotomy in both groups.

**Conclusion:** Prenatal perineal massage with rosehip oil applied to nulliparous pregnant women has shown a preventive effect for perineal trauma during delivery.

**Key words:** perineum, perineal massage, perineal trauma.



## INTRODUCCIÓN

Los traumatismos perineales que se producen durante el parto ya sean desgarros o episiotomías afectan considerablemente a la parturienta, no siendo solamente en este periodo sino también en el periodo de posparto. A corto plazo, estas se acompañan de hemorragia, mayor dolor puerperal, dehiscencias de la herida o riesgo de infección. A largo plazo se acompañan de una mayor frecuencia de incontinencia anal y dispareunia. (4)

La tasa de episiotomías en los últimos años es de aproximadamente 60% en los Estados Unidos y 30% en promedio en Europa (3). En Perú específicamente en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Arequipa, lugar donde se realizará la presente investigación, de acuerdo al libro de partos, aproximadamente el 80% de mujeres primíparas requieren sutura perineal después del parto ya sea porque se produjo desgarros o porque les realizaron la episiotomía.

La prevención del daño perineal durante el desarrollo del parto aporta una serie de beneficios sobre la calidad de vida de la mujer, tales como la disminución de la presencia de dolor tras el parto y una recuperación muscular perineal más rápida. El masaje perineal es una técnica empleada para conseguir un aumento de la flexibilidad de los músculos del periné por lo tanto reducir la resistencia muscular, facilitando al periné su distensión durante el parto sin que existan desgarros o necesidad de episiotomía. (9)



# **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEORICO**

## I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. ENUNCIADO

Efecto del masaje perineal prenatal con aceite de Rosa Mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto. Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Arequipa Diciembre 2017- Marzo 2018.

#### 1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

##### a) ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

Área General : Ciencias de la Salud

Área Específica : Salud Sexual y Reproductiva

Línea : Materno Perinatal

##### b) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>Variable independiente</b> Masaje Perineal	Sí se realizo	Número de veces
	No se realizo	control
<b>Variable dependiente</b> Prevención del traumatismo perineal	Periné Integro	Si
		No
	Episiotomías	Si
		No
Grado de desgarró	Grado 1	
	Grado 2	
	Grado 3	
	Grado 4	
Localización del desgarró	Anterior	
	Lateral externo	
	Lateral interno	
	Posterior	

<b>Variables intervinientes:</b>		
Características maternas	- Edad de la gestante	
	- Duración del periodo expulsivo	
Características del recién nacido	- APGAR	
	- Peso del recién nacido	
	- Perímetro cefálico del recién nacido	

**c) INTERROGANTES BÁSICAS**

- ¿Cuál es el efecto en la prevención del traumatismo perineal durante el parto en mujeres a las que se les realizó el masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta?
- ¿Cómo se presenta el traumatismo perineal a quienes no se realizó el masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta?
- ¿Existe diferencia en el efecto de prevención del traumatismo perineal durante el parto entre las mujeres a las que se les realizó el masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta en comparación con las que no se les realizó?

**d) TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Experimental, prospectivo, transversal, comparativo y de campo.

**e) NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Experimental

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

- A. Originalidad:** Revisada la literatura, el problema en cuestión se considera justificable por su especial originalidad no habiéndose registrado antecedentes investigativos con idéntico enfoque a nivel nacional.
- B. Relevancia social:** Dado que en nuestra práctica clínica hemos observado que la mayoría de mujeres primíparas se desgarran o se les realiza la episiotomía. El presente estudio contribuye a evitar traumatismos perineales en el trabajo de parto y brindar a las pacientes una mejor calidad de vida pos parto.
- C. Relevancia científica:** Revisado los antecedentes investigativos y no habiendo encontrado un claro consenso en cuanto a la técnica y a los resultados del masaje perineal; el presente trabajo contribuye a verificar la efectividad del masaje perineal con aceite de rosa mosqueta en la prevención de traumatismo perineal en el parto.
- D. Factibilidad:** Se ha verificado la disponibilidad: información, presupuesto, de recursos humanos y materiales, de tiempo, así también la disponibilidad, aceptación y continuidad de las usuarias del grupo en estudio, que nos permita facilitar así nuestra investigación.
- E. Interés personal:** Nuestra principal motivación para llevar a cabo esta investigación es poder evitar el malestar pos parto a causa de algún tipo de traumatismo producto del parto y que las mujeres puedan tener una vida sexual de calidad.

## 2. OBJETIVOS

- Evaluar el efecto del Masaje Perineal prenatal con aceite de Rosa Mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto.
- Evaluar el traumatismo perineal en el parto en mujeres a las que no se realizó masaje perineal prenatal.
- Comparar el traumatismo perineal durante el parto en mujeres con y sin masaje perineal prenatal.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 MARCO CONCEPTUAL

##### 3.1.1 PERINÉ

Es la pequeña región de 3 o 4 cm comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Constituye la base de la formación conjuntivo muscular (por eso se llama cuña perineal) situada entre la vagina y el recto compuesto por: los músculos esfínter estriado del ano, isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial del perineo y la extremidad posterior de los manojos puborrectales de elevador del ano. (7)

##### 3.1.2 EL PERINEO:

El área romboidea entre los músculos tienen márgenes que remedan a los de la salida pélvica ósea: la sínfisis del pubis por delante, las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas en la porción anterolateral, los ligamentos sacrociáticos mayores en el área posterolateral y el coxis en la región posterior. Una línea arbitraria que une las tuberosidades isquiáticas divide el perineo en un triángulo anterior, también llamado *triángulo urogenital*, y uno posterior, denominado *triángulo anal*. (4)

El cuerpo perineal es una masa fibromuscular que se encuentra en la línea media, en la unión entre los triángulos anterior y posterior. También llamado tendón central del perineo, el cuerpo perineal mide 2 cm de alto, 2 cm de ancho y 1.5 cm de espesor. Sirve como unión de varias estructuras y proporciona un soporte significativo al perineo. De manera superficial, los músculos bulbocavernosos, transversos superficiales del perineo y el esfínter anal externo convergen en el tendón central. En un plano más profundo contribuyen la membrana perineal, las porciones del músculo pubococcigeo y el esfínter anal interno. El cuerpo perineal se corta en la episiotomía y se desgarran en las laceraciones de segundo, tercer y cuarto grados. (4)

##### **Espacio superficial del triángulo anterior:**

Este triángulo está delimitado por la rama púbica en la parte superior, las tuberosidades isquiáticas a los lados y los músculos transversos superficiales

del perineo en la parte posterior. La membrana perineal lo divide en los espacios superficial y profundo. Esta división membranosa es una hoja fibrosa densa que antes se llamaba aponeurosis inferior del diafragma urogenital. La membrana se fija a lo lado de las ramas isquiopubicar; en la parte media al tercio distal de la uretra y la vagina; en la parte posterior del cuerpo perineal, y en la parte anterior al ligamento arqueado del pubis. El espacio superficial del triángulo anterior está limitado en el plano profundo por la membrana perineal y en plano superficial por la fascia de Colles. Como se indicó antes esta última es la continuación de la fascia de Scarpa en el perineo. Ahí, la fascia de Colles se fija a los lados con las ramas del pubis y la fascia lata del musculo; en la parte inferior al musculo transverso superficial del perineo, y en la parte medial a la uretra, clítoris y vagina. Por tanto, el espacio superficial del triángulo anterior es un compartimiento relativamente cerrado y una infección o hematoma expansivo en este espacio causaría un abultamiento, pero se mantendría contenido. (4)

Este saco superficial contiene varias estructuras importantes, que incluyen las glándulas de Bartholin; los bulbos vestibulares; el cuerpo y las bases del clítoris, así como las ramas de los vasos y nervios pudendos internos, los músculos isquiocavernoso, el bulbocavernoso y el transverso superficial del perineo. De estos músculos, los isquiocavernosos se insertan cada uno a la cara interna de la tuberosidad isquiática de su lado respectivo en su parte inferior y en las ramas isquiopubicar a los lados. Por delante cada uno se une a las bases del clítoris, por lo cual puede ayudar a mantener la erección clitoridea por compresión de sus vasos, al obstruir el drenaje venoso. Los músculos bulbocavernosos cubren los bulbos vestibulares y las glándulas de Bartholin, se unen al cuerpo del clítoris por delante y al cuerpo perineal por detrás. Los músculos constriñen la luz vaginal y ayudan a la liberación de las secreciones de las glándulas de Bartholin. También pueden contribuir a la erección el clítoris por compresión de la vena dorsal profunda de este órgano. Así mismo, los músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso llevan el clítoris hacia abajo. Por último, los músculos transversos superficiales del perineo son tiras angostas

que se unen a las tuberosidades isquiáticas a los lados y al cuerpo perineal en la parte interna. Pueden estar atenuados o incluso ausentes, pero cuando se hallan presentes contribuyen a la estructura del cuerpo perineal. (4)

Desde una perspectiva embriológica, los bulbos vestibulares corresponden a los cuerpos esponjosos del pene; estas agregaciones de venas con forma de almendra de tres a cuatro centímetros de longitud, de 1 a 2cm de ancho y 0.5 a 1 cm de espesor yacen debajo de los músculos bulbocavernosos, a cada lado del vestíbulo. Los bulbos vestibulares terminan en su porción inferior en la línea media de la abertura vaginal y se extienden de forma ascendente en dirección al clítoris. Sus extensiones anteriores protruyen en la línea media del cuerpo clitorideo. Durante el parto los bulbos vestibulares pueden lesionarse e incluso romperse y formar un hematoma vulvar contenido dentro del espacio superficial del triángulo anterior. (4)

#### **Espacio profundo del triángulo anterior:**

Este espacio yace en ubicación profunda con respecto a la membrana perineal y se extiende hacia la pelvis. A diferencia del espacio perineal superficial, el espacio profundo se continua por arriba con la cavidad pélvica. Dicho espacio contiene porciones de la uretra y la vagina, ciertas porciones de las ramas de la arteria pudenda interna y los músculos compresor uretral y el esfínter uterovaginal que forman parte del complejo del esfínter urogenital estriado. (4)

#### **Diafragma pélvico:**

Se encuentra profundo a los triángulos anterior y posterior, este cabestrillo muscular ancho provee apoyo significativo a la visera pélvica. El diafragma pélvico por los elevadores del ano y el músculo coccígeo. El músculo elevador del ano está formado por los músculos pubococcígeo, puborectal e iliococcígeo. El músculo pubococcígeo también se conoce como músculo pubovisceral y se subdivide con base en sus puntos de inserción y en su función. Incluye los músculos pubovaginal, puboperineal y puboanal, que se insertan en la vagina, el cuerpo perineal y el ano respectivamente. (4)

El parto vaginal conlleva un riesgo importante de daño al músculo elevador del ano o su inervación. De esos músculos el pubovisceral se daña más a menudo. Las pruebas sostienen que tales lesiones quizá predispongan a las pacientes a mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria. Por consiguiente, la investigación actual busca llevar al mínimo dichas lesiones. (4)

### **Triángulo posterior**

Este triángulo contiene la fosa isquiorectal, el conducto anal, el complejo del esfínter anal, que consiste en el esfínter anal interno y externo y el músculo puborectal. Las ramas del nervio pudendo y los vasos pudendos internos también se encuentran en este triángulo. (4)

### **Suelo pélvico**

El suelo pélvico tiene el 80% de tejido conjuntivo o fascial y el 20% es tejido muscular (la mayor parte, el 80% son fibras tónicas y el resto son fibras fásicas). Por lo tanto, la integridad de la fascia es muy importante. (11)

Las fascias son más elásticas a edades tempranas. Con la edad el tejido conjuntivo no es tan elástico y se lesiona más fácilmente. Por ello, los partos pueden tener más dificultad al tener que discurrir por tejidos menos elásticos y más fácilmente lesionables. (11)

Plano muscular del suelo pélvico:

- Paredes laterales: obturador interno (está en las 2 y las 10 del reloj con el paciente en decúbito supino). Es un músculo que suele ocasionar frecuentemente patologías y se puede tratar de manera intracavitaria.
- Paredes posterolaterales: músculos piramidales.
- Suelo: diafragma pélvico, los músculos elevadores del ano, coccígeo o isquiococcígeo y las cubiertas fasciales superior e inferior.

El conducto anal pasa desde la pelvis al periné, atravesando un orificio circular posterior que hay en el diafragma pelviano. Dos músculos elevadores del ano (pubococcígeo e iliococcígeo) se insertan en la periferia de las paredes de la pelvis y se unen entre sí en la línea media mediante un rafe de tejido conjuntivo

denominado cuerpo perineal. Juntos, constituyen la mayor parte del diafragma pelviano. Se completa en sentido posterior con los músculos coccígeos o isquiococcígeos. Del músculo pubococcígeo salen dos haces que forman el pubovaginal y el puborrectal. El pubovaginal va desde el pubis y pasa por detrás de la vagina llegando otra vez al pubis (como una "U") y el puborrectal es fundamental en la incontinencia anal. Da la forma al ángulo anorrectal. El ángulo anorrectal suele tener 80°.

Estos músculos recubren los ligamentos sacroespinosos y pasan entre los bordes del sacro, del cóccix y de la espina ciática. (11)

El periné comprende tanto el área externa de tronco, situada entre los muslos y las nalgas, desde el pubis hasta el cóccix, como el área comprendida entre esa zona externa y el diafragma pélvico. Su borde está formado por la abertura inferior. Una línea imaginaria entre las tuberosidades isquiáticas lo divide en dos regiones triangulares: (11)

- En la región anterior, el triángulo o región urogenital contiene las raíces de los genitales externos y, en la mujer, los orificios de la uretra y la vagina. Es más grande, por lo que es más vulnerable y desprotegido. Además, en las mujeres tiene una hendidura que lo hace más débil
- En la región posterior, el triángulo o región anal. Es más pequeño, tiene mayor refuerzo muscular y una musculatura más potente. Solo es atravesado por la parte final del tubo digestivo.

En medio está el núcleo fibroso central del periné (o punto central del periné). Se trata de tejido muscular y fibrótico. Está formado por fibras de los siguientes músculos que se entrecruzan formando un ocho: esfínter estriado externo, el transverso superficial, el bulboesponjoso y el pubovaginal. Es una zona importante que responde muy bien a la cicatrización de los desgarros y de las episiotomías. Las episiotomías posteriores son poco frecuentes, ya que hay peligro de incontinencia rectal si se desgarran, por lo que se suelen practicar las anterolaterales. (11)

Los músculos del periné se dividen en dos grandes grupos:

- Región anal:

- Esfínter estriado externo del ano: tiene una parte subcutánea y una parte dentro del canal anal que es estriado, es decir, inervado por el sistema somático que es voluntario.

- Esfínter interno del ano: está formado fibras lisas, inervado por el sistema autónomo, por lo que es involuntario.

- Región urogenital:

- Superficiales:

- Punto central del periné: Sus fibras mediales quedan entre la vagina y el ano.

- Transverso superficial.

- Isquiocavernoso: se inserta en rama isquiopubiana y va al pilar del clítoris. Recubre la parte cavernosa, es decir, envuelve a los cuerpos cavernosos.

- Bulboesponjoso (o bulbocavernoso): envuelve o recubre a los cuerpos esponjosos (la parte esponjosa). Tiene forma de paréntesis. Envuelve el clítoris y el punto fibroso central, además de ir desde el núcleo fibroso central hasta el clítoris.

- Constrictor de la vulva.

- Profundos:

- Transverso profundo del periné.

- Esfínter estriado de la uretra (externo): 1-2 cm. Ocupa tanto la porción pélvica como la perineal

- Músculo compresor de la uretra: se inserta en las ramas isquiopubianas y en el esfínter estriado externo de la uretra. Está en la porción pélvica y por tanto es más inferior.

- Músculo esfínter uretrovaginal: envuelve en la porción inferior de la uretra y la vagina.

### **PARTO:**

El parto es la aparición de contracciones uterinas de intensidad, frecuencia y duración suficiente como para provocar el borramiento y la dilatación demostrable del cuello del útero. (5)

### 3.1.3 TRABAJO DE PARTO

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en tres periodos: el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino: el segundo a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas). (6)

El periodo de dilatación se divide a su vez en dos fases:

- **Fase latente**, que corresponde el borramiento y dilatación inicial del cuello del útero. (1)
- **Fase activa**, durante la cual se produce una dilatación más rápida del cuello del útero, que suele iniciarse aproximadamente a partir de los 4 cm de dilatación. (1)

Por otro lado, según Williams el parto tiene 4 fases, y la fase 3 es la que corresponde al Trabajo de Parto. Esta fase representa el trabajo de parto activo, lo cual se divide en tres etapas. La primera comienza al producirse las contracciones uterinas espaciadas con frecuencia, intensidad y duración suficientes para iniciar el adelgazamiento del cérvix o borramiento. Esta etapa del trabajo de parto termina cuando el cérvix esta dilatado por completo, alrededor de 10 cm, para permitir el paso del feto a término. Por lo tanto, la primera etapa del trabajo de parto es la etapa de borramiento y dilatación de cérvix. (4)

La segunda etapa comienza cuando la dilatación del cuello uterino está completa y termina con el nacimiento. Por esta razón la segunda etapa del trabajo de parto es la etapa en la cual se expulsa el feto. Por último, la tercera etapa inicia después del nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta. Por lo tanto, podemos decir que la tercera etapa es la de separación y expulsión de la placenta. (4)

### **Primera etapa del Trabajo de parto: Inicio clínico del trabajo de parto**

En algunas mujeres las contracciones uterinas intensas producen que el parto se produzca de forma súbita. En otras el inicio de trabajo de parto es antecedido por la “expulsión del tapón mucoso” que indica que el trabajo de parto está en proceso o es probable que comience en las siguientes horas o días. (4)

### **Contracciones uterinas en el trabajo de parto**

Entre las contracciones musculares fisiológicas, las del músculo liso uterino durante el trabajo de parto son singulares y dolorosas. No se conoce con seguridad la causa del dolor, pero se ha sugerido diversas posibilidades: 1) Hipoxia del miometrio contraído, como la angina de pecho; 2) compresión de ganglios nerviosos en el cuello uterino y parte inferior del útero por la contracción de los haces musculares entrecruzados; 3) estiramiento del cuello uterino durante la dilatación, y 4) estiramiento del peritoneo sobre el fondo. (4)

La compresión de los ganglios nerviosos en el cuello uterino y el segmento uterino inferior por el miometrio es una hipótesis en particular interesante. La infiltración paracervical con un anestésico local casi siempre produce un alivio notorio del dolor durante las contracciones. Las contracciones uterinas son involuntarias y, en su mayor parte independientes del control extrauterino. El bloqueo neural con la analgesia epidural no reduce su frecuencia o intensidad. En otros ejemplos, las contracciones miométriales en mujeres parapléjicas y en aquellas que se sometieron a simpatectomía lumbar bilateral son normales, pero indoloras. (4)

El estiramiento mecánico del cuello uterino intensifica la actividad uterina en varias especies, incluidos los seres humanos. Este fenómeno se refiere como *reflejo de Ferguson* (Ferguson, 1941). No se conoce su mecanismo exacto; se ha sugerido la liberación de oxitocina, pero no se ha comprobado. La manipulación del cuello uterino y la “separación” de las membranas fetales se acompañan de un aumento de la concentración sanguínea del metabolito de la prostaglandina  $F_{2\alpha}$  (PGFM). (4)

El intervalo entre las contracciones disminuye en forma gradual, de unos 10 min al principio de la primera etapa del trabajo de parto a tan sólo 1 min o menos en la segunda etapa. Sin embargo, los periodos de relajación entre las contracciones son esenciales para el bienestar fetal. Las contracciones sin remisión comprometen el flujo sanguíneo uteroplacentarios en grado suficiente para causar hipoxemia fetal. En la fase activa del trabajo de parto, la duración de cada contracción varía entre 30 y 90s, con promedio cercano a 1 min. Existe una variabilidad notoria en la intensidad de la contracción durante el trabajo de parto normal. En particular la presión promedio del líquido amniótico generada por las contracciones durante el trabajo de parto es de 40 mmHg pero con variaciones entre 20 y 60 mmHg. (4)

#### **Segmentos uterinos superior e inferior evidentes.**

Durante el trabajo de parto activo, las divisiones uterinas anatómicas que se iniciaron en la fase 2 del parto se vuelven cada vez más evidentes. En la palpación abdominal, incluso antes de la rotura de membranas, algunas veces pueden diferenciarse los dos segmentos. el segmento superior es firme durante las contracciones, mientras que el inferior es más blando, distendido y más pasivo. Este mecanismo es indispensable porque, si se contrajera al mismo tiempo y con la misma intensidad todo el miometrio, incluido el segmento uterino inferior, la fuerza de expulsión neta disminuiría demasiado. En consecuencia, el segmento superior se contrae, retrae y expulsa al feto. Como respuesta a estas contracciones, el segmento uterino inferior y el cuello uterino se dilatan y, al hacerlo, forman un tubo muy expandido y adelgazado por el cual puede pasar el feto. (4)

#### **Fuerzas auxiliares en el trabajo de parto**

Después de la dilatación completa del cérvix, la fuerza más importante en la expulsión fetal es la producida por la presión intraabdominal materna. La contracción de los músculos abdominales a los esfuerzos espiratorios con la glotis cerrada se refiere como pujo. La fuerza es similar a la de la defecación, pero la intensidad es mucho mayor. La importancia intraabdominal se muestra

por el descenso prolongado durante el trabajo de parto en mujeres parapléjicas y en las que tienen un bloqueo epidural denso. y aunque la elevación de la presión intraabdominal es indispensable para concluir la segunda etapa; el pujo tiene poco efecto en la primera etapa; agota a la madre y precipita un aumento de la presión intrauterina que puede ser dañino para el feto. (4)

### **Segunda etapa del trabajo de parto: descenso fetal**

En muchas nulíparas, el encajamiento de la cabeza tiene lugar antes de que inicie el trabajo de parto. por consiguiente, es posible que la cabeza no descienda más hasta etapas más avanzadas del trabajo de parto. Por lo general, el descenso activo ocurre cuando la dilatación ha avanzado un tiempo. En las nulíparas, la mayor velocidad de descenso suele observarse durante la fase de dilatación del cuello uterino de pendiente máxima. En este momento, la velocidad de descenso también es máxima y se mantiene hasta que la presentación alcanza el piso perineal. (4)

### **Cambios en el piso pélvico durante el trabajo de parto**

Al conducto del parto lo sostienen varias capas de tejidos que forman en conjunto el piso pélvico y también constituyen un cierre funcional. Las estructuras anatómicas más importantes son el músculo elevador del ano y el tejido conjuntivo fibromuscular que cubre sus superficies superior e inferior. Hay cambios marcados en las propiedades biomecánicas de estas estructuras y la pared vaginal durante el parto que son resultado de los cambios en la estructura o composición de la matriz extracelular (Lowder,2007; Rahn,2008). El elevador del ano consiste en los músculos pubovesical, puborrectal e iliococigeo, que cierran el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma. Por lo tanto, se presentan una superficie superior cóncava y una inferior convexa. las porciones posterior y lateral del piso pélvico, que no están cubiertas por el elevador del ano, se hallan ocupadas a ambos lados por los músculos piriforme y coccígeo. (4)

El grosor del musculo elevador del ano varia de 3 a 5 mm, aunque los márgenes que rodean al recto y la vagina son un poco más gruesos. Durante el embarazo,

el elevador del ano casi siempre experimenta hipertrofia, forma una banda gruesa que se extiende hacia atrás desde el pubis y rodea la vagina unos 2 cm por arriba del plano del himen. Con la contracción, el elevador del ano atrae al recto y la vagina hacia delante y arriba, en dirección de la sínfisis del pubis, por lo cual cierra la vagina. (4)

En la primera etapa del trabajo de parto, las membranas (cuando siguen intactas) y la parte fetal de presentación sirven para dilatar la parte superior de la vagina. El cambio más notorio consiste en el estiramiento de las fibras musculares del elevador del ano. Esto se acompaña del adelgazamiento de la porción central del perineo, que se transforma de una masa cuneiforme de tejido de 5 cm de espesor, a una estructura membranosa delgada, casi transparente, con menos de 1 cm de espesor. Cuando el perineo se distiende al máximo, el ano se dilata demasiado y presenta una abertura de 2 a 3 cm de diámetro por la cual se abulta la pared anterior del recto. (4)

### 3.1.4 EPISIOTOMÍA

La palabra episiotomía se deriva del griego *episton* (región púbica) y *tomé* (cortar). En sentido estricto, la episiotomía es la incisión de las partes pudendas (genitales externos). la perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común se emplea a menudo el termino episiotomía como sinónimo de la perineotomía. (4)

La episiotomía es una incisión vagino-vulvo-perineal realizada por el obstetra en el momento del parto, destinada a enderezar, acortar y ampliar el canal del parto. Abrevia el periodo expulsivo y eventualmente previene desgarros. Es la operación más frecuente que se realiza en las mujeres. (3)

Por lo general se realiza con una tijera en el periné distendiendo y adelgazando, justo antes de la coronación de la cabeza fetal. El objetivo es enderezar ampliar, y acortar el canal del parto para aumentar el diámetro de los tejidos blandos de la pelvis, evitando laceraciones perineales. (3)

La episiotomía fue descrita por primera vez en 1742 por Ould, de acuerdo con lo referido por Myers- Heligot y Helfgott, tuvo una alta morbilidad infecciosa

y no se la utilizo por falta de disponibilidad de anestesia. entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbilidad perineal, coincidiendo con la realización de los partos en los hospitales, determino el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficios. la episiotomía fue así popularizada por DeLee a partir de sus publicaciones en 1920. (3)

En las décadas de 1960 y 1980 realizada por Tracker y Banta en 1983 revela la falta de evidencia científica que sustente los beneficios atribuidos a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario.

Existe evidencia suficiente que apoya el hecho de que la episiotomía previene desgarros perineales de primero y segundo grado, particularmente los desgarros del periné anterior. (3)

### **Epidemiología**

Con el tiempo han cambiado las tendencias en la práctica obstétrica y esto dio lugar a una disminución de la prevalencia del procedimiento (1,6 millón de procedimientos en 1992 frecuente a 716.000 en 2003). La tasa de episiotomías es de aproximadamente 60% en los Estados Unidos y 30% en promedio en Europa. (3)

### **Justificación del uso de la episiotomía**

La episiotomía sustituye a una eventual laceración de bordes desgarrados por una incisión quirúrgica limpia y recta. El motivo principal para realizar una episiotomía es evitar el desgarro, grande e irregular del periné. (3)

Una incisión quirúrgica controlada suele ser más fácil de reparar que un desgarro. La reparación de una incisión quirúrgica es más anatómica y por lo tanto, con menos posibilidades de dar lugar a complicaciones a largo plazo

Antes las episiotomías se realizaban en forma rutinaria para prevenir desgarros vaginales durante el parto, pero en la actualidad solo se recomiendan en casos especiales. (3)

Los posibles beneficios de la episiotomía deben contraponerse a los posibles efectos adversos derivados de este procedimiento, entre los que se incluyen: extensión de la incisión, que conduce a desgarros de 3° y 4° grado, resultados anatómicos insatisfactorios (p.ej., asimetría, fistulas, estrechamiento de introito); mayor pérdida de sangre, aumento del dolor posparto; mayores tasas de infección y dehiscencia; disfunción sexual y aumento del riesgo de desgarro perineal en partos posteriores. (3)

El Colegio Estadounidense de obstetra y Ginecólogos (ACOG) apoya la utilización limitada en lugar del uso rutinario de la episiotomía. Recomienda evitar la episiotomía rutinaria tanto en partos espontáneos como en partos instrumentales. no todas las mujeres la necesitaran, y el hecho de ayudar a estirar los tejidos de manera natural puede ayudar a estirar los tejidos de manera natural puede ayudar a reducir la necesidad de este procedimiento. (3)

### **Procedimiento**

Analgesia: una adecuada analgesia es fundamental antes de realizar una episiotomía. La anestesia regional con lidocaína al 1 o 2% (bloqueo del nervio pudendo o bloqueo de campo local superficial y profundo), tal como el bloqueo epidural, debe ser aplicada durante el trabajo de parto y el parto. (3)

El momento óptimo para el corte de la episiotomía sería la coronación del feto. La extensión de la episiotomía debe tener aproximadamente 4cm y la incisión abarca la piel y la mucosa vaginal. Si se utilizan fórceps, se recomienda que la episiotomía se realice después de aplicar los fórceps. (3)

### **CLASIFICACION**

Hay tres tipos principales de episiotomías: la mediana, el medio lateral y la lateral (para algunos autores la J lateral). (3)

#### **a) Episiotomía de la línea media o mediana**

Consiste en una incisión vertical desde la horquilla, en la parte inferior de la parte vaginal, que se extiende caudalmente sobre la línea media, hacia el recto. (3)

Aunque este tipo de episiotomía suele cicatrizar bien, tiene más probabilidades de complicarse con desgarros y extenderse hasta lacerar el recto. Es la técnica más utilizada en los Estados Unidos. El objetivo de esta técnica es sortear cualquier restricción impuesta por el tejido perineal. Por lo tanto, la incisión debe ser dirigida internamente para reducir al mínimo la cantidad de la piel perineal afectada. Las estructuras anatómicas implicadas en la incisión incluyen el epitelio vaginal, el cuerpo perineal y la unión del cuerpo perineal con el musculo bulbocavernoso en el periné. (3)

### **Ventajas y desventajas**

Es normalmente más fácil de reparar que una episiotomía medio lateral o que un desgarro vaginal o perineal espontaneo y con ella se obtiene un mejor resultado estético. Otra ventaja es que supuestamente se asocia con menor dolor después del parto. El vértice de una episiotomía mediana se dirige directamente hacia el ano materno, por lo que, de producirse una extensión, el esfínter anal tiene un alto riesgo de lesión. La incidencia de desgarros obstétricos de tercer y cuarto grado es mayor con una episiotomía mediana en comparación con una episiotomía medio lateral o sin episiotomía. (3)

### **b) Episiotomía medio lateral**

Consiste en una incisión que comienza en la horquilla vaginal y que progresa en un ángulo de 45 grados hacia cualquiera de los lados (por lo general hacia el lado derecho de la madre, por ser la derecha la mano hábil de la mayoría de los médicos); aunque puede acercarse a la perpendicular de la línea media, en general el ángulo es menor, de alrededor de 45 grados, cuando el periné no está estirado ni distorsionado por las partes fetales. Las estructuras anatómicas afectadas incluyen el epitelio vaginal, los músculos transversos del periné y el bulbocavernoso, y la piel perineal. (3)

Es poco frecuente que se desgarre o se extienda; no obstante, suele provocar mayor pérdida de sangre y en ocasiones la cicatrización no es satisfactoria.

La técnica medio lateral es la episiotomía más utilizada en Europa y en los países latinoamericanos. (3)

### **Ventajas y desventajas**

La principal ventaja de la episiotomía medio lateral es que la incisión quirúrgica se aleja del esfínter y anal, lo que parcialmente protege al esfínter y al recto de una lesión debido a la extensión. Un ensayo prospectivo, aleatorizado, controlado, encontró que la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado de la episiotomía mediana y medio lateral fue de 11% y 2%, respectivamente. Los estudios retrospectivos han informado de la episiotomía medio lateral se asoció con una reducción de dos a cuatro veces en estas lesiones en comparación con los partos sin episiotomía. Sin embargo, el uso rutinario de la episiotomía medio lateral no dio lugar a una reducción significativa de los desgarros del esfínter anal en comparación con los partos sin episiotomía; solo el uso selectivo parecería ser eficaz. (3)

La episiotomía medio lateral incide un mayor volumen de músculo con un rico suministro vascular que el procedimiento de la mediana, por lo que se asocia con una mayor pérdida sanguínea. La reparación es técnicamente más difícil. Algunos informes sugieren que la episiotomía medio lateral se asoció con más dolor posparto y dispareunia que la realizada en la línea. (3)

No hay datos suficientes de ensayos aleatorizados en los cuales basar una recomendación para la elección del tipo de episiotomía. Los estudios controlados han demostrado que el uso selectivo de la episiotomía medio lateral da lugar a una menor tasa de desgarros de tercero y cuarto grado que la episiotomía mediana. por esta razón, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomienda la episiotomía medio lateral en lugar de la episiotomía mediana, cuando episiotomía esta clínicamente indicada. (3)

### c) Episiotomía lateral

Desde el tercio inferior del labio mayor hacia el costado y se dirige a la tuberosidad isquiática abarcando los tejidos del labio mayor. Existe mayor riesgo de compromiso de las glándulas de Bartholino. Es la que menos se usa.

Una vez que el feto ha nacido, se le pide a la madre que siga pujando durante las siguientes contracciones uterinas para expulsar la placenta. Una vez expulsada la placenta, se sutura la incisión de la episiotomía. (3)

### 3.1.5 DESGARROS Y ALTERACIONES DEL PERINÉ

Las lesiones del parto pueden ser anatómicas (desgarros) o funcionales, como consecuencia de elongaciones o compresiones nerviosas que ocasionan isquemias más o menos importantes en territorios de diferente extensión, en la mayoría de las ocasiones como consecuencias de la comprensión mantenida de la presentación, habitualmente cefálica, sobre la zona perineal. Estas alteraciones perineales de tipo funcional se pueden manifestar incluso después de partos eutócicos. (2)

Desgarros perineales: los dos desgarros perineales pueden alcanzar diferentes extensión y profundidad, y pueden afectar a distintas estructuras que van desde la vagina hasta la vulva en cualquiera de sus partes, e incluso al esfínter anal. (2)

Los desgarros perineales se producen fundamentalmente por la distensión de los tejidos maternos a la salida del feto, principalmente de la cabeza y en menor proporción de los hombros fetales. En la magnitud del desgarro intervienen principalmente: (2)

1.- El tamaño de la cabeza, principalmente el tamaño del diámetro de la presentación; por ello es muy importante el diagnóstico del grado de deflexión de la presentación. (2)

2.- La laxitud de los tejidos maternos; los desgarros más importantes se producen esencialmente en primíparas añosas y en mujeres que han sufrido

desgarros anteriores en partos anteriores, y por ello tiene mucho tejido cicatricial, poco laxo. (2)

3.- Una asistencia inadecuada principalmente en el momento del expulsivo, con escasa protección o sin una valoración adecuada para hacer una episiotomía preventiva. (2)

A pesar de ello, existen trabajos que manifiestan que la episiotomía profiláctica sistemática no aporta beneficios. Nuestra opinión es que dicha maniobra obstétrica debe valorarse en cada caso de forma individual, pero no compartimos la opinión de que debe evitarse siempre y, si después es necesario, proceder a suturar el desgarro que se produzca. (2)

### **Clasificación de desgarros perineales**

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, según su extensión y profundidad siguiendo los criterios aceptados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: (3)

**Grado 1:** afectación de la piel y el tejido subcutáneo. (Piel perineal y el epitelio vaginal) (3)

**Grado 2:** el desgarro influye también parte de la musculatura perineal. (Que incluyen los músculos transversos profundo y superficial del periné y las fibras de los músculos pubococcigeo y bulbocavernoso.) (3)

**Grado 3:** se extienden a través de laceraciones de la fascia y los músculos del cuerpo perineal y hacen participar a todas o algunas de las fibras del esfínter anal externo (EAE) y/o el esfínter anal interno (EAI). (3)

El desgarro de tercer grado se subdivide en 3 categorías:

- <50% del espesor del EAE se rompe
- >50% del espesor del EAE se rompe
- se comprometen ambos esfínteres, EAE y EAI.

Según Gonzales subdivide los desgarros de tercer grado de la siguiente manera: (2)

- Grado 3a: desgarro parcial del esfínter anal externo.
- Grado 3b: desgarro total del esfínter anal externo.
- Grado 3c desgarro del esfínter anal externo o interno.

**Grado 4:** afectan las estructuras perineales, EAE, EAI y la mucosa rectal.

La lesión obstétrica del esfínter anal está en general infradiagnosticada; siempre debe valorarse la integridad del mismo, principalmente del esfínter externo, después de cada parto, aunque este haya sido eutócico. De hecho, la lesión del esfínter anal externo se encuentra incluso después de haber realizado una episiotomía; así, sabemos que vamos a encontrarla en un 0.4-5% de las pacientes, generalmente primíparas, a las que se ha practicado una episiotomía medio lateral. En un 12% si la episiotomía ha sido media, pero en los partos sin episiotomía y algún tipo de desgarro perineal, la encontramos en un 21% de los casos. (2)

Las alteraciones funcionales sobre la zona perineal en muchas ocasiones no se manifiestan de forma inmediatamente, sino que lo hacen incluso años más tarde en forma de incontinencia anal, principalmente a los gases. Cuando esto se produce, la reparación suele ser difícil y es necesario acudir a técnicas de reeducación esfinteriana. (2)

### **3.1.6 MASAJE PERINEAL PRENATAL**

Varios estudios muestran que el masaje perineal en las últimas semanas de gestación, puede reducir la probabilidad de trauma perineal y, por consiguiente, el dolor perineal. Ya que el masaje perineal aumenta la flexibilidad de los músculos perineales y por lo tanto disminuye la resistencia muscular. Esto va a permitir al periné elongarse en el parto evitando desgarros o la necesidad de episiotomías. (9). En cuanto a los resultados se observa mayor eficacia en las mujeres primíparas, especialmente en cuanto a los desgarros. (19)

### **VARIACIONES**

**Persona que lo realiza:** Se ha visto que el masaje perineal puede ser realizado por la propia gestante o por su pareja (9,21, 15). Sin embargo, en un estudio en

la Universidad de Navarra se observó que el grupo con menor número de lesiones a consecuencia del parto fue a las que se les había realizado el masaje perineal un fisioterapeuta especializado, concluyendo que la técnica realizada en una consulta de fisioterapia especializada en suelo pélvico es imposible de reproducir por una paciente de forma autónoma en su casa, ya sea por problemas de accesibilidad de la zona o de la fuerza a realizar y por la imposibilidad de permanecer relajada mientras se realiza la técnica. No se han encontrado diferencias significativas entre realizar la técnica de masaje perineal solas en casa y no realizar ningún tipo de prevención previo al parto. (11)

Así mismo Ana Rodríguez nos dice que la técnica de automasaje no es tan pura ya que la dificultad es mayor, los pulgares no alcanzan los 5cm de profundidad tan fácilmente (solo se llegan a introducir 3-4cm) y no permite a la paciente una relajación completa. (19)

### **Descripción de la técnica**

Según Elena Torres en su trabajo de investigación nos indica que la mayoría de los estudios apoyan la realización del masaje perineal (bien por la gestante o por la colaboración de la pareja) como mínimo dos veces por semana a partir de la 32-34 semana de gestación durante 5 o 10 minutos en cada sesión. (21) En cuanto a los pasos de la técnica coincide con Laura Iso ya que ambas consultaron la evidencia y las recomendaciones del American College of NurseMidwives y el Royal College of Midwives: (17)

1. Lávese bien las manos (uñas recortadas y limpias).
2. Vaciado de vejiga antes realizar masaje.
3. Puede aplicar compresas templadas o realizar masaje tras ducha.
4. Posición de cuclillas., semisentada o apoyada en la pared. Postura cómoda.
5. Si se realiza automasaje es más cómodo usar el pulgar, si lo realiza la pareja índice y/o corazón. (Lubrique los dedos con aceite de Rosa Mosqueta).
6. Introducir dedo/s en vagina 3-4 cm, presionar hacia abajo y hacia los lados con un movimiento de balanceo firme pero delicado durante 2 minutos.

7. Después deslizar el dedo desde el fondo vagina hacia fuera y viceversa manteniendo presión durante 2 minutos.
8. Colocar el dedo en la entrada de la vagina y presionar hacia abajo durante 2 m o hasta que moleste (esto le ayudará a imaginar la presión de la cabeza fetal).
9. Coger esta zona entre el pulgar y dedos opuestos a modo de pinza y realizar un movimiento de vaivén de un lado a otro para estirar el tejido de entrada a la vagina y la piel del periné (2m).
10. Finalizar manteniendo los dedos en la misma posición y realizar estiramientos de dentro afuera abarcando la zona inferior y lateral de la vagina y piel del periné durante 2 m (esto le ayudará a relajar la zona).

También se consultó la metodología de la técnica realizada por los fisioterapeutas que consistió en tratamiento durante siete semanas, comenzando en la semana 32 aproximadamente. Se realizó una sesión por semana de treinta minutos, de los cuales el masaje perineal aproximadamente duró 20 minutos. Éste consiste principalmente en la elastificación de los diferentes fascículos del suelo pélvico buscando la capacidad de verticalización de los mismos, insistiendo principalmente en el músculo elevador del ano. (11)

#### **Técnica:**

La embarazada en decúbito supino, con doble flexión de cadera y rodillas y abducción de miembros inferiores (posición ginecológica). El/la fisioterapeuta experta a un lado de la camilla o en el extremo distal. Se solicita retroversión de pelvis y se introducen los dedos medio e índice en la vagina, en posición de crochet/gancho “apoyado” sobre la pared de los elevadores. Utilizamos aceite de rosa mosqueta. (11)

Imaginando el suelo pélvico como un reloj, hacer un recorrido desde las diez (obturador interno) hasta las seis y desde las dos hasta las seis (y a la inversa), imprimiendo una presión suave, pero firme, sobre la pared de los elevadores, con tracción en dirección caudal y posterior. Podemos realizar un contra apoyo externo con una mano opuesta. Observar cómo va cediendo la musculatura perineal y “agrandando” el hiato urogenital. Evitaremos presionar en dirección posterior con demasiada intensidad a nivel de las seis, para evitar el estímulo

del reflejo defecatorio, o incluso producir reacciones vagas por compresión del ganglio de Walter. Sí lo hacemos estirando en dirección caudal hasta sentir sensación de “quemazón” o “escozor”. Realizamos pases desde las diez a las seis y estiramos unos 20-30 segundos y repetimos realizando pases desde las dos hasta las seis y estiramos otros 20-30 segundos. (11)

El primer día comenzaremos introduciendo uno o dos dedos únicamente dependiendo de la paciente y progresaremos a lo largo de los días introduciendo tres. (11)

Finalmente realizamos el masaje externo, con maniobras de bombeo de fuera/adentro, a nivel de la inserción de ambos transversos, en los isquiones, para terminar con presiones en dirección craneal sobre el núcleo fibroso central del periné y resto de la musculatura perineal. (11)

Se revisó también un último estudio por Ana Rodríguez en cuanto a la técnica del masaje perineal: comienza con la posición de la paciente, que ha de estar cómoda y en posición ginecológica con un soporte en la parte posterior del tronco. Varios estudios han demostrado que es importante lubricar nuestros dedos, por la parte exterior de los guantes, antes de comenzar con el masaje. Para ello podemos utilizar productos como aceite vegetal, aceite de almendras o lubricante hidrosoluble. Estudios recomiendan la previa realización de ejercicios de Kegel para familiarizarse con la relajación del suelo pélvico y aprender a controlar esta musculatura. Estos ejercicios se basan en el fortalecimiento de la misma. A continuación, y una vez que la paciente se encuentra relajada, el fisioterapeuta introduce uno o dos dedos en la vagina de la paciente a una profundidad de 3-4cm hasta alcanzar los 5 cm. Una vez alcanzados los 5cm de profundidad, se comienza con la realización del masaje. Autores como Avery & Van Arsdale (1987) describen que el deslizamiento de los dedos tiene que dibujar una “U” mientras se estiran y mantienen en tensión los tejidos. Sin embargo, otros autores consideran de mayor importancia centrarse más en el estiramiento y su mantenimiento, como Labrecque and cols. (1994, 2000) o en la dirección de los dedos, como Shipman et al. (1997), que divide de forma transversal al suelo pélvico en una mitad superior y otra

inferior y describe que el masaje ha de hacerse en todo el recorrido de la mitad inferior. (19)

Debe notarse una sensación de tensión y resistencia, pero no dolor porque si no provocaría una contracción muscular y no se podría realizar la técnica. (19)

**Inicio del masaje perineal:** La mayoría de estudios coincide en que se debe realizar a partir de las 32-35 semanas de gestación. (9, 11, 15, 19,21)

**Frecuencia del masaje perineal:**

En cuanto a la frecuencia de realización del masaje perineal no todos los estudios están de acuerdo, hay diversas opiniones, por lo que es un procedimiento que debería continuar en investigación. En algunos estudios se observó que la frecuencia de realización del masaje perineal era inversamente proporcional a la reducción del riesgo de desgarros perineales que requerían sutura. (19)

Beckmann y Garrett encontraron que las mujeres que utilizaban el masaje perineal con más frecuencia, obtuvieron menos beneficios. Una práctica media de 1,5 veces por semana tuvo un 17% menos riesgo de trauma perineal y un 17% menos riesgo de la episiotomía. Las mujeres que realizaron masaje entre 1.5 a 3.4 veces por semana tuvieron un 8% menor riesgo de trauma perineal. (14)

Curiosamente, las mujeres que practicaron el masaje > 3,5 veces por semana no experimentaron beneficios. Así pues, el resultado fue: a menos frecuencia de realización, mejor resultados. Sin embargo, este hallazgo fue inesperado, y los investigadores tuvieron dificultades para explicarlo. Creo que hay que interpretar este resultado con cautela, ya que en el mayor ensayo clínico realizado a cerca del masaje perineal, citado también por Beckmann y Garrett en su revisión, Labrecque et al. (1999) encontraron que las mujeres que más realizaron masaje, más se evitaron las lágrimas/ desgarros. (14)

**Tipo de lubricante a utilizar:** Puede ser aceite esencial de oliva, almendras dulces, rosa mosqueta o un lubricante acuoso. Sin embargo, en la mayoría de

estudios se ha utilizado el aceite de rosa mosqueta para la realización del masaje perineal. (10,11)

### **3.1.7 ACEITE DE ROSA MOSQUETA**

En los últimos años, se ha popularizado el uso del aceite de rosa de mosqueta al que se atribuyen propiedades como eficaces regeneradoras de la piel. Este aceite se obtiene de la presión en frío de las semillas de la Rosa rubiginosa, un arbusto silvestre originario de Europa que también puede hallarse en países andinos como Chile o Argentina. La obtención de aceite a partir de la semilla. Proceso que involucra las siguientes etapas: cosecha, pre-secado, secado y selección. En esta última etapa el fruto es separado de la semilla, la que es sometida a un proceso de extracción, por ejemplo, prensado mecánico en frío, obteniendo un aceite con nutrientes naturales. (8, 16)

El aceite de rosa de mosqueta, elegido por ser considerado uno de los aceites más hidratantes que se conocen. Al parecer, sus virtudes radican en su composición rica en aceites grasos esenciales como son los ácidos grasos insaturados, especialmente linoléico y linolénico (linoleico en un 44-49% y linolénico en un 28-34%). Los ácidos grasos esenciales son aquellos que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta. Desempeñan importantes funciones al participar en la síntesis de prosta glandinas y leucotrienos (implicados en los fenómenos de inmunidad e inflamación), tener acción antiagregante plaquetaria y vasodilatadora e influir en la permeabilidad cutánea y en la cicatrización. Entre otras funciones, intervienen en la regeneración celular de membranas, mecanismos de defensa y procesos fisiológicos y bioquímicos de regeneración de tejidos, además de revitalizar los fibroblastos, células dérmicas productoras de colágeno, elastina y ácido hialurónico, responsables de la firmeza y elasticidad de la piel. (8, 16) Su pH de 5.1 lo hace afín a la piel, absorbiéndose rápidamente y actuando, no sólo en las capas externas, sino también en las interiores activando los fibroblastos que sintetizan colágeno y elastina, responsables de la firmeza y elasticidad de la piel. (8)

También para mantener la lozanía de la piel, cicatrizar heridas, combate las infecciones y tratar diversas enfermedades. (12)

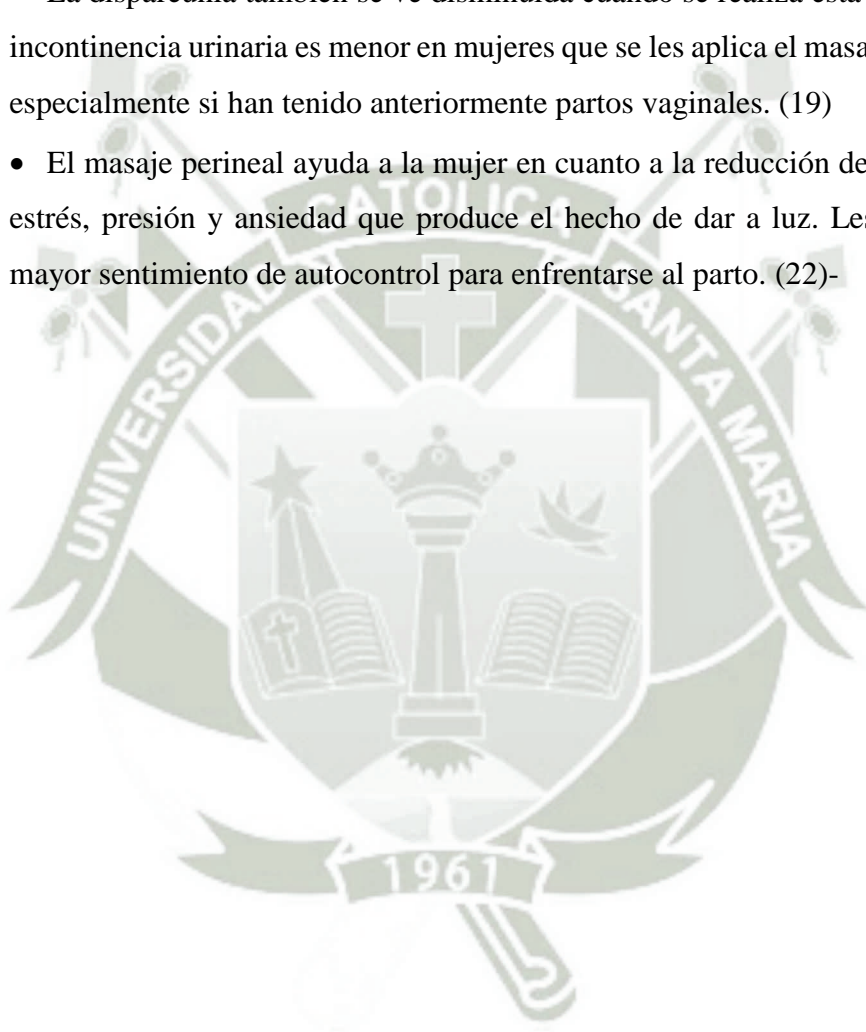
El aceite de rosa mosqueta incrementa de manera muy evidente la reacción de los elementos estructurales de la piel e acelera los eventos de reparación en el proceso de cicatrización, mediante el fomento de la curación de heridas cutáneas. (13)

Sin embargo, no existe suficiente información sobre su aplicación en el masaje perineal antenatal, encontrando solo algunos estudios pendientes de publicación de sus resultados. Sí se tienen datos de su uso en afecciones dermatológicas como quemaduras, cicatrices postquirúrgicas, úlceras, estrías en el embarazo...etc. con buenos resultados gracias a su riqueza en ácidos grasos esenciales. Estando cada día más extendido su uso en el masaje perineal, se hace necesaria la comprobación de su efectividad e inocuidad mediante rigurosos estudios científicos. (16)

### **3.1.8 BENEFICIOS DEL MASAJE PERINEAL**

- Aumenta la elasticidad de los músculos del periné y favorece la circulación sanguínea de la zona; disminuyendo la incidencia de episiotomías y el dolor postparto. (17, 23)
- Disminuye la resistencia muscular del periné ayudando a éste a relajarse durante el momento del parto. (20)
- Incrementa la auto-preparación al parto y el conocimiento del propio cuerpo. (20)
- Los recursos materiales para la aplicación de la técnica son muy fáciles de conseguir y no tiene efectos negativos sobre la mujer. (20)
- Al disminuir el número de episiotomías y desgarros conseguimos un ahorro sanitario; puesto que no se necesita tanto material de sutura ni anestésicos locales. (20)
- El MP durante la segunda etapa del parto ha demostrado efectividad en la prevención de traumatismo de 3º y 4º grado, sin embargo, no protege de traumatismos de 1º y 2º grado. (11)

- El MP ha demostrado efectividad en la disminución de la incidencia de episiotomía en mujeres sin parto vaginal previo que se masajean con una frecuencia de 1,5 veces por semana. (11)
- El MP protege de dolor continuo a los 3 meses del parto en mujeres con partos vaginales previos y en mujeres que se masajeban con mayor frecuencia. (9, 21)
- La dispareunia también se ve disminuida cuando se realiza esta técnica. La incontinencia urinaria es menor en mujeres que se les aplica el masaje perineal, especialmente si han tenido anteriormente partos vaginales. (19)
- El masaje perineal ayuda a la mujer en cuanto a la reducción de la tensión, estrés, presión y ansiedad que produce el hecho de dar a luz. Les aporta un mayor sentimiento de autocontrol para enfrentarse al parto. (22)-



### 3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**Autores:** Michael M Beckmann, Owen M Stock.

**Título:** Masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal

**Fuente:** Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2013

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto del masaje perineal digital prenatal sobre la incidencia de traumatismo perineal al nacer y posterior morbilidad. Métodos de búsqueda: Se realizaron búsquedas en el Registro de ensayos controlados del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (22 de octubre de 2012), en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Library of Controlled Trials), en PubMed (1966 a octubre de 2012) Listas de artículos pertinentes. Criterios de selección: Ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios que evalúan cualquier método descrito de masaje perineal digital prenatal realizado por lo menos durante las últimas cuatro semanas de embarazo. Recogida y análisis de datos: Ambos revisores aplicaron independientemente los criterios de selección, extrajeron los datos de los estudios incluidos y evaluaron la calidad del estudio. también se pusieron en contacto con los autores del estudio para obtener información adicional. Resultados principales: Se incluyeron cuatro ensayos (2497 mujeres) que compararon el masaje perineal digital con el control. Todos eran de buena calidad. El masaje perineal digital prenatal se asoció con una reducción general de la incidencia de trauma que requirió sutura (cuatro ensayos, 2480 mujeres, cociente de riesgo (RR) 0,91 (intervalo de confianza del 95% (IC) 0,86 a 0,96), número necesario para tratar el beneficio (NNTB) 15 (10 a 36)) y las mujeres practicantes de masaje perineal fueron menos propensas a tener una episiotomía (cuatro ensayos, 2480 mujeres, RR 0,84 (95% IC 0,74 a 0,95), NNTB 21 (12 a 75)). Estos hallazgos fueron significativos para las mujeres sin nacimiento vaginal previo. No se observaron diferencias en la incidencia de rasgones perineales de primer o segundo grado o trauma perineal de tercer o cuarto grado. Sólo las mujeres que habían nacido vaginalmente reportaron una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de dolor a los tres meses posparto (un ensayo, 376 mujeres, RR 0,45 (IC

del 95%: 0,24 a 0,87) NNTB 13 (7 a 60)). No se observaron diferencias significativas en la incidencia de partos instrumentales, satisfacción sexual o incontinencia de orina, heces o flatos en las mujeres que practicaron masaje perineal en comparación con las que no lo hicieron. Conclusiones de los autores: El masaje perineal digital prenatal reduce la probabilidad de trauma perineal (principalmente episiotomías) y la denuncia de dolor perineal en curso, y generalmente es bien aceptado por las mujeres. Como tal, las mujeres deben ser conscientes de los beneficios probables de masaje perineal y proporcionados con información sobre cómo masajear.

**Autor:** Laura Iso Taapken

**Título:** Enfermería y el Masaje Perineal Antenatal

**Fuente:** Universidad De Almería 2013

**Resumen:** La justificación de este estudio se basa en la existencia de una alta tasa de trauma perineal bien sea desgarró espontáneo o episiotomía durante la fase de expulsivo de parto vaginal y de sus consecuencias negativas para la salud de la mujer. Se han establecido, así como objetivos investigar acerca del Masaje Perineal durante el embarazo como técnica de prevención del mismo. Se han realizado búsquedas de Evidencia en diferentes bases de datos acerca del procedimiento de Episiotomía y del MP escogiendo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados; A la vista de los resultados se han expuesto por una parte las falsas ventajas y las desventajas de la Episiotomía, la necesidad de abandonar su uso rutinario con el cambio de mentalidad que esto requiere y por otra la idoneidad del MP para proteger el periné en el parto. Se ha explicado la técnica del masaje y se ha propuesto un Plan de Cuidados para su inclusión en Educación Maternal de Atención Primaria. Se han encontrado limitaciones en cuanto a la forma, frecuencia y periodicidad del MP por lo que se ha sugerido un aumento de investigación al respecto.

**Autor:** María Jesús González Casillas

**Título:** Prevención del trauma perineal intraparto mediante el masaje perineal

**Fuente:** Universidad de Salamanca 2013

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue realizar una revisión bibliográfica en los últimos doce años, para dar a conocer los beneficios de la aplicación del masaje perineal durante el embarazo. *Método:* búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cinahl y Cuiden plus, utilizando como palabras clave: masaje, periné, episiotomía, desgarros, traumatismo perineal. *Resultados:* el masaje perineal antenatal realizado a partir de las 35 semanas de gestación, constituye un factor de protección contra el trauma perineal obstétrico, reduciéndose el índice de episiotomías. Por otra parte, el masaje perineal intraparto no proporciona beneficios en cuanto a dolor, índice de incontinencia, tasas de episiotomías o desgarros. Por lo tanto, partiendo de la base de que no existe riesgo alguno en la aplicación de la técnica hacia la gestante y neonato, la satisfacción de las mujeres que lo realizaron fue positiva y el bajo coste económico, es importante informar a las embarazadas e incluir en la educación maternal el masaje perineal.

**Autor:** Ana Rodríguez Morante

**Título:** Eficacia del masaje perineal como prevención de lesiones durante el parto y disfunciones post-parto.

**Fuente:** Universidad de Valladolid 2015

**Resumen:** El suelo pélvico constituye un elemento muy importante en la mujer, pero factores como el parto vaginal pueden dañarlo debido a las lesiones que se producen en dicho momento (desgarros o episiotomías) o también puede verse afectado por a las posteriores disfunciones que es posible que se ocasionen (dispareunia, incontinencia urinaria, incontinencia anorrectal y/o prolapsos de órganos pélvicos). **Objetivos:** Analizar la eficacia del masaje perineal como técnica preventiva para las lesiones y disfunciones anteriormente descritas. **Material y métodos:** Se realizaron búsquedas bibliográficas con las palabras clave; “perineal massage”, “perineal trauma”, “prevention”, “postdelivery disfunctions”,

“pregnancy”, “efficacy” y “vaginal delivery” en las bases de datos PubMed/MEDLINE, PEDro, Biblioteca Cochrane Plus, Google Académico y Almena. Se seleccionaron únicamente aquellos artículos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión y que eran ECAs, escogiendo finalmente un total de 3 estudios. Seguidamente fueron evaluados mediante dos escalas para constatar su calidad. **Resultados y discusión:** Esta técnica reduce la incidencia de las lesiones descritas, pero sus resultados no son significativos. No obstante, se observa mayor eficacia en las mujeres primíparas, especialmente en cuanto a los desgarros, la incontinencia urinaria con pérdidas menores de una vez al día y el porcentaje de mujeres que se consideraban como “muy satisfechas en sus relaciones sexuales”. En cuanto a las mujeres con partos vaginales previos, se observó que el masaje perineal era más beneficioso que en las nulíparas en relación a la dispareunia. **Conclusión:** El masaje perineal es una técnica preventiva en las lesiones durante el parto y las disfunciones postparto, sin embargo, su eficacia no es del todo clara, aunque mayor para las mujeres primíparas.

**Autor:** Amaia Esparza Zarate

**Título:** Masaje perineal preparto como prevención de disfunciones del suelo pélvico en el postparto

**Fuente:** Universidad Pública de Navarra 2014

**Resumen:** El parto vaginal está comúnmente asociado a disfunciones del periné, ya sea de manera espontánea (desgarro) o debido a una incisión quirúrgica o episiotomía. Estudios recientes muestran que el masaje perineal en las últimas semanas de gestación, puede reducir la probabilidad de trauma perineal. **Objetivos:** Comparar el resultado del masaje perineal como factor preventivo, realizado en todo momento por un fisioterapeuta especializado, con mujeres que no hayan realizado ningún tipo de masaje perineal previo al parto y con mujeres que lo hayan realizado ellas mismas. **Materiales y métodos:** Han sido incluidas mujeres primíparas que han dado a luz hace menos de 18 meses sin lesiones de suelo pélvico antes del parto. Se han dividido en tres grupos: grupo 1 que no han realizado ningún

tipo de tratamiento de suelo pélvico previo al parto, grupo 2 que han realizado masaje perineal una vez a la semana desde la semana 32 previo al parto y las del grupo 3 que han realizado el masaje perineal solas, en su casa. **Resultados:** Se han encontrado diferencias significativas en la relación de masaje con disminución del número de episiotomías ( $P=0,17$ ), con el grado de desgarro ( $P=0,33$ ) y con la presencia de periné intacto tras el parto ( $P=0,21$ ). **Conclusiones:** El masaje perineal se puede considerar un método preventivo del trauma perineal en el parto.



#### 4. HIPOTESIS

Dado que el periné es una parte fundamental de nuestro cuerpo; controla los esfínteres para una correcta micción y defecación, mejoran la calidad de las relaciones sexuales y sostiene la vejiga, el útero, la vagina y el recto. Y que además se ha visto que en la mayoría de los casos el periné sufre traumatismos durante el parto.

Es probable que el masaje perineal prenatal prevenga traumatismos perineales durante el parto en el Centro de salud Maritza Campos Díaz



# **CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**



## II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<b>Variable independiente</b> Técnica del Masaje Perineal	Sí se realizo	Observación Experimental	Ficha de observación estructurada (ANEXO 1) Matriz de registro y control
	No se realizo		
<b>Variable dependiente</b> Efecto del masaje perineal prenatal.	Periné Integro		
	Episiotomías		
	Grado de desgarro		
	Localización del desgarro		
<b>Variables intervinientes:</b> Edad de la gestante Duración del periodo expulsivo Apgar Peso del recién nacido. Perímetro cefálico del recién nacido.		Entrevista	Cédula de preguntas

#### Materiales de Verificación:

- Copias de las fichas de observación estructurada.
- Copias de la matriz de registro y control.
- Aceite de rosa mosqueta.
- Camilla ginecológica.
- Guantes de látex esterilizados.

- Llamadas telefónicas
- Bolígrafos.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

- A. Precisión del lugar:** La investigación se realizó en el ámbito general del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, en el ámbito específico del Centro Obstétrico.
- B. Caracterización del lugar:** El lugar de investigación es de naturaleza institucional, está ubicado en la esquina Yavari con Marañon s/n - Zamacola.
- C. Delimitación gráfica del lugar:** Ver ANEXO 3.

### 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

- A. Cronología:** De diciembre del 2017 a marzo del 2018.
- B. Visión Temporal:** Prospectiva.
- C. Corte Temporal:** Transversal

### 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Opciones a asumirse “grupos de gestantes nulíparas”

### 2.4. GRUPOS:

#### 2.4. 1. Identificación de los grupos:

Número: 30 gestantes nulíparas

#### Estimación del número de réplicas:

$$r \geq 2 \left[ Z_{\alpha/2} + Z_{\beta} \right]^2 \left( \frac{\sigma}{\delta} \right)^2 \geq 15$$

(r) Número de replicas

( $\sigma^2$ ) La varianza

( $\delta$ ) Diferencias de las medias

( $\alpha$ ) Nivel de significancia

(1- $\beta$ ) Potencia de prueba

**Grupo experimental:** 15 gestantes nulíparas que aceptaron voluntariamente la realización del masaje perineal a las cuales se les realizó la técnica de masaje perineal con aceite de rosa mosqueta (ANEXO 4) a partir de las 34 semanas de gestación, con una frecuencia de una vez por semana hasta el parto.

**Grupo control:** 15 gestantes nulíparas a las que no se les realizó la técnica de masaje perineal con aceite de rosa mosqueta.

#### 2.4. 1. Criterios para igualar los grupos:

- **Criterios de Inclusión:**

- Gestantes nulíparas.
- Edad materna entre 18 a más años.
- Gestación única.
- Modalidad de presentación de vértice
- Gestantes que culminen en gestación a término y en parto vaginal.

- **Criterios de exclusión:**

- Gestantes que hayan tenido infecciones vaginales en los últimos 3 meses anteriores a las 34 semanas de gestación.
- Macrosomía fetal (feto >4Kg)
- Maniobra de Kristeller

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1 Organización

**3.1.1. Autorización:** Se realizó la coordinación con el jefe del Centro de Salud Maritza Campos Díaz y con la coordinadora del área de obstetricia para la aplicación del proyecto. (ANEXO 5)

**3.1.2. Prueba Piloto:** Se realizó la validación del instrumento.

**3.1.3. Aspectos éticos:** Se utilizó un consentimiento informado donde se verificó que las pacientes cuenten con el principio de autonomía en las decisiones.

#### 3.2. Recursos

**3.2.1. Humanos:** Autoras: Patricia Vilca Soto

Katherine Arista Condori

Asesora: Dra. Jannet Escobedo Vargas

**3.2.2. Físicos:** Aceite de rosa mosqueta, Guantes de látex esterilizados, Camilla ginecológica, Computadora, Impresora, Fotocopiadora, útiles de escritorio.

**3.2.3. Económicos:** Autofinanciado

**3.2.4. Institucionales:** Centro obstétrico del Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Arequipa.

#### 3.3. Validación del instrumento:

**3.3.1. Procedimiento:** Previa explicación sobre el masaje perineal a las gestantes se realizó el masaje perineal con aceite de rosa mosqueta a 4 gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión para el grupo de estudio, a partir de las 34 semanas de gestación, una vez por semana hasta el parto. Y para el grupo control también se consideró 4 gestantes con las mismas características a las cuales no se les realizó el masaje perineal. Ambos grupos fueron considerados como parte de la investigación.

**3.3.2. Finalidad:** La finalidad del presente es ver la aceptación y cumplimiento de la realización del masaje perineal y juzgar su eficacia comparando los resultados entre el grupo de estudio y el grupo control.

#### 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

##### 4.1 Nivel de sistematización de datos

**4.1.1 Tipo de procesamiento:** Se optó por un procesamiento mixto (electrónico, manual-experimental y observacional).

##### 4.1.2 Operaciones de la sistematización

- **Plan de clasificación:** Tipo de matriz de ordenamiento de sistematización.
- **Plan de codificación:** Se usó un sistema de codificación numerario y literal.
- **Plan de recuento:** El tipo de recuento fue manual y computarizado.
- **Plan de tabulación:** El tipo de cuadro fue de entrada doble.
- **Plan de graficación:** Se utilizó graficas de barra simple.

##### 4.2. Plan de análisis de datos

##### 4.2.1. Tipo de análisis

- **Por el número de variables:** Análisis bivariado.
- **Por su naturaleza:** El análisis fue cualitativo y cuantitativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 21, se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) con un nivel de significancia al 5% y también la prueba de T de Students.
- **Análisis estadístico:** Para el caculo de la variable prevención de traumatismo perineal durante el parto en gestantes a las que se realizó masaje perineal pre natal con aceite de rosa mosqueta y a las que no se realizó masaje se aplicó la prueba de chi cuadrado y para la comparación de la diferencia de edad de la gestante, duración del periodo expulsivo, APGAR del recién nacido, peso y perímetro cefálico se aplicó la T de student para muestras intervinientes. El proceso de la información se realizó mediante el software estadístico SPSS Versión 21

- **Pruebas estadísticas:**
  - Prueba de Chi cuadrado
  - Prueba de T de student





# **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

**TABLA N<sup>a</sup>. 1**

**EDAD DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y NO REALIZÓ  
MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

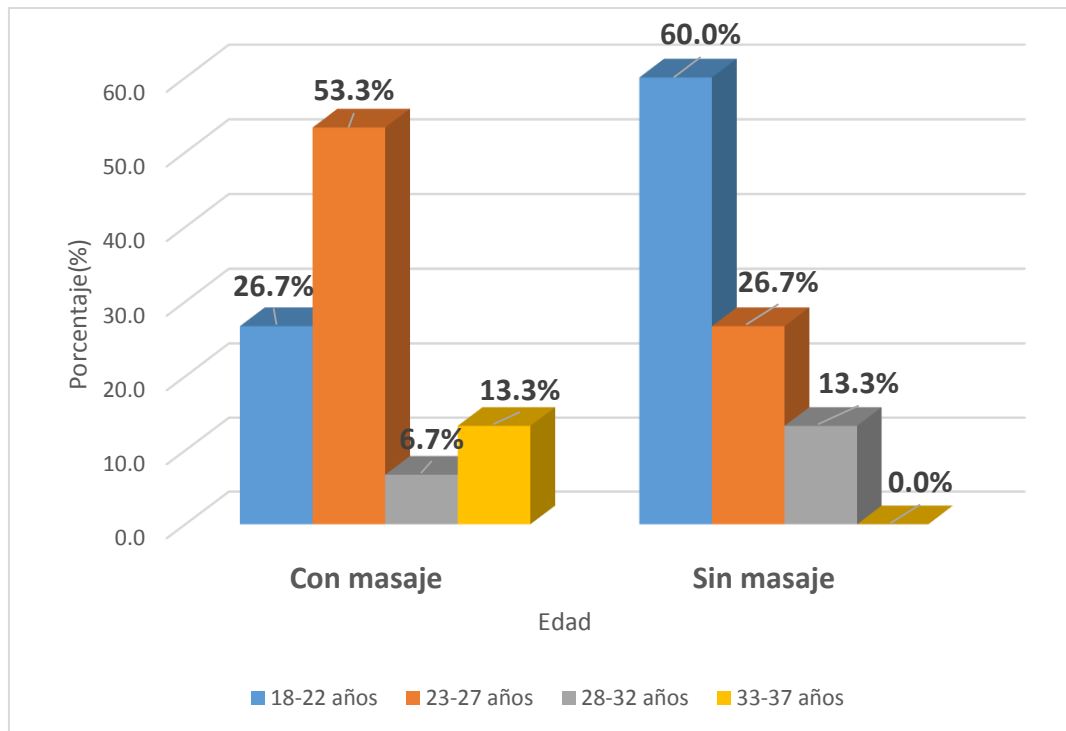
Edad	Con Masaje (CM)		Sin Masaje (SM)		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
18-22 años	4	26,7	9	60,0	13	43,3
23-27 años	8	53,3	4	26,7	12	40,0
28-32 años	1	6,7	2	13,3	3	10,0
33-37 años	2	13,3	0	0,0	2	6,7
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30	100

**Fuente:** Elaboración personal

La Tabla N<sup>o</sup>1. muestra que el 53.3% de las gestantes a las que se les realizó masaje perineal prenatal tienen entre 23-27 años, mientras que el 60.0% de las gestantes a las que no se les realizó masaje perineal tienen entre 18-22 años.

GRÁFICO N°. 1

**EDAD DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y NO REALIZÓ  
MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**



**Fuente:** Elaboración personal

**TABLA N<sup>o</sup>. 2**

**DIFERENCIA ENTRE LA INTEGRIDAD DEL PERINÉ DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE REALIZÓ Y NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

Periné íntegro	Con masaje (CM)		Sin masaje (SM)	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Si	7	46,7	2	13,3
No	8	53,3	13	86,7
<b>TAMAÑO</b>	15	100	15	100

**Fuente:** Elaboración personal

$$X^2=3.97 \quad P<0.05 \quad P=0.04$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 2 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.97$ ) muestra que el periné íntegro de las mujeres que se realizaron y no realizaron masaje perineal presento diferencia estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo, se muestra que el 46.7% de las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta presentaron el periné íntegro, mientras que el 86.7% de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal no tuvieron el periné íntegro.

**TABLA N<sup>a</sup>. 3**  
**NÚMERO DE SESIONES EN LAS QUE SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL  
PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA**

Nº. de Sesiones	Nº.	%
4 sesiones	7	46,7
5 sesiones	5	33,3
6 sesiones	3	20,0
<b>TOTAL</b>	15	100

**Fuente:** Elaboración personal

La Tabla N<sup>o</sup>. 3 muestra que el 46.7% de las gestantes acudieron a 4 sesiones de masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta, mientras que al 20.0% se les realizó 6 sesiones.

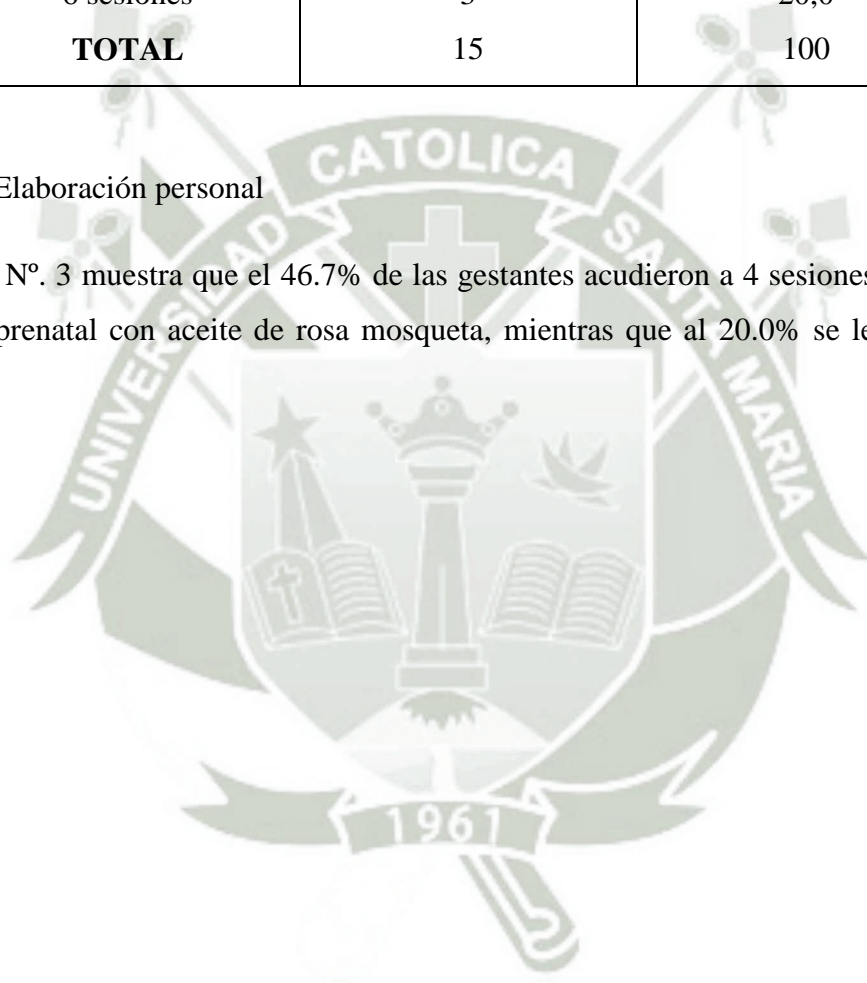
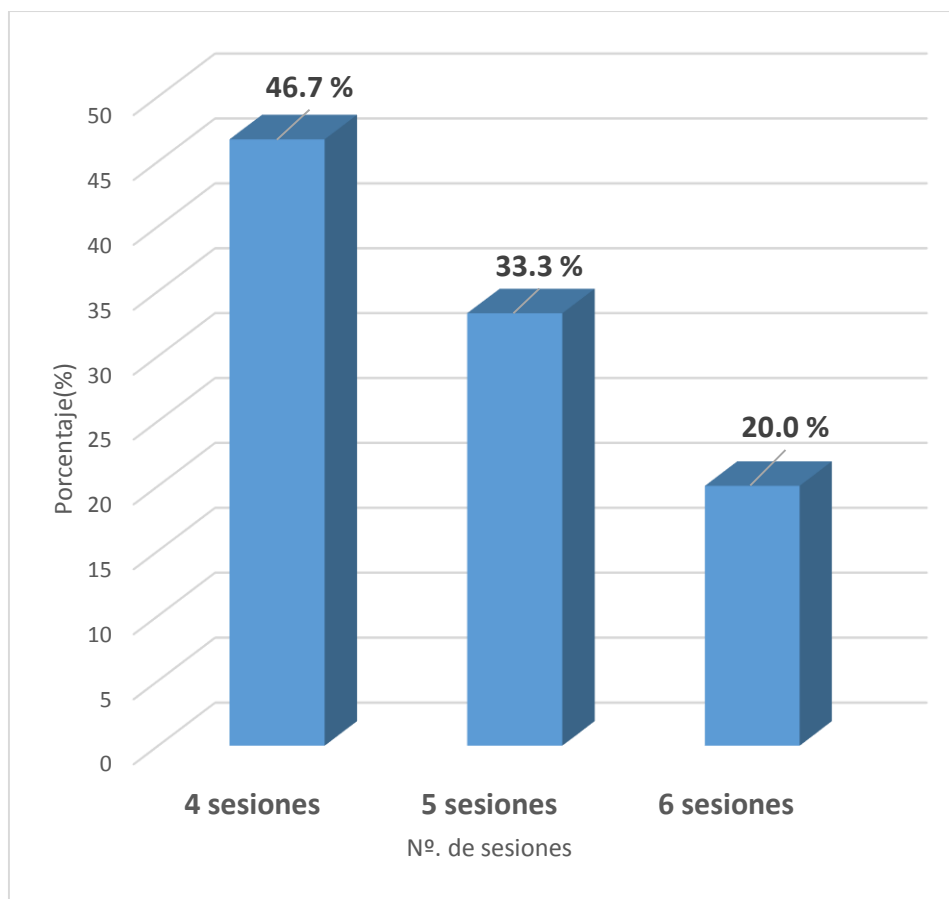


GRÁFICO N°. 2

**NÚMERO DE SESIONES EN LAS QUE SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL  
PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA**



**Fuente:** Elaboración personal



**TABLA N<sup>o</sup>. 4**

**DIFERENCIA ENTRE EL PERINÉ ÍNTEGRO Y NÚMERO DE SESIONES EN LAS GESTANTES A LAS QUE SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

Número de sesiones	SI periné íntegro		No periné íntegro	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
4 sesiones	5	33.3	2	13.3
5 sesiones	1	6.7	4	26.7
6 sesiones	1	6.7	2	13.3
<b>TAMAÑO</b>	<b>7</b>	<b>46.7</b>	<b>8</b>	<b>53.3</b>

**Fuente:** Elaboración personal

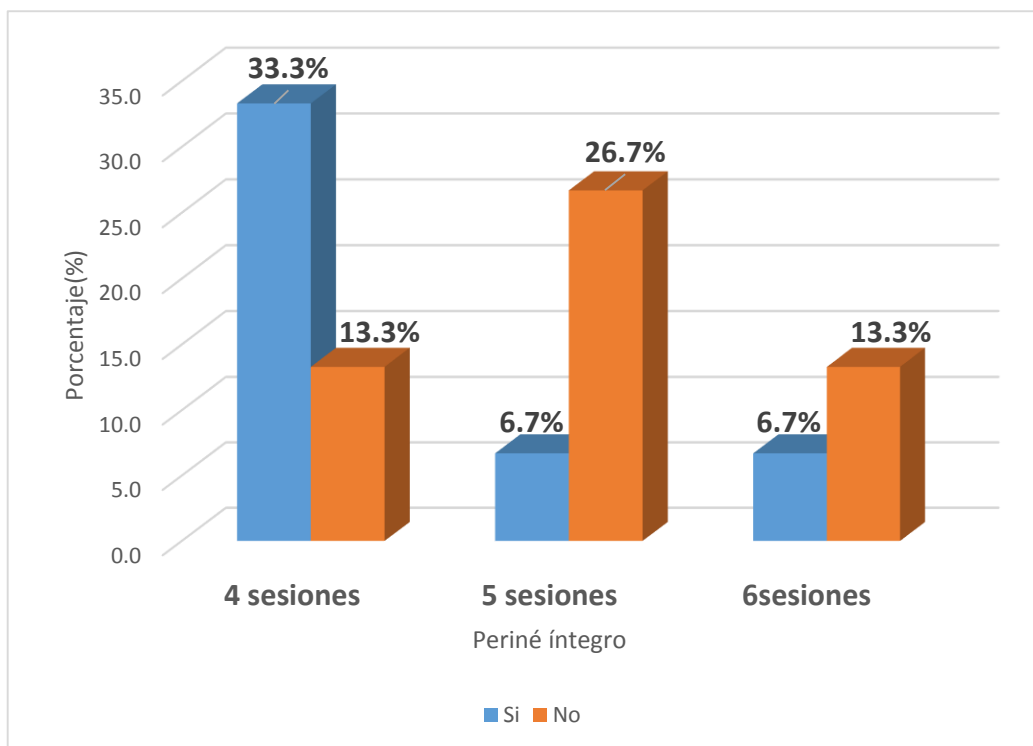
$$X^2=3.36 \quad P>0.05 \quad P=0.18$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 4 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.36$ ) muestra que el número de sesiones en las gestantes que conservaron y no conservaron periné íntegro, no presentó diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 33.3% de las gestantes que se les realizó masaje perineal asistieron a 4 sesiones.

GRÁFICO N° 3

**DIFERENCIA ENTRE EL PERINÉ ÍNTEGRO Y NÚMERO DE SESIONES EN LAS GESTANTES A LAS QUE SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**



**Fuente:** Elaboración personal

**TABLA N<sup>o</sup>. 5**

**DIFERENCIA ENTRE LA EJECUCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA EN GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y A LAS QUE NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA**

Episiotomía	Con masaje (CM)		Sin masaje (SM)	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Si	3	20,0	8	53,3
No	12	80,0	7	46,7
<b>TAMAÑO</b>	15	100,0	15	100

**Fuente:** Elaboración personal

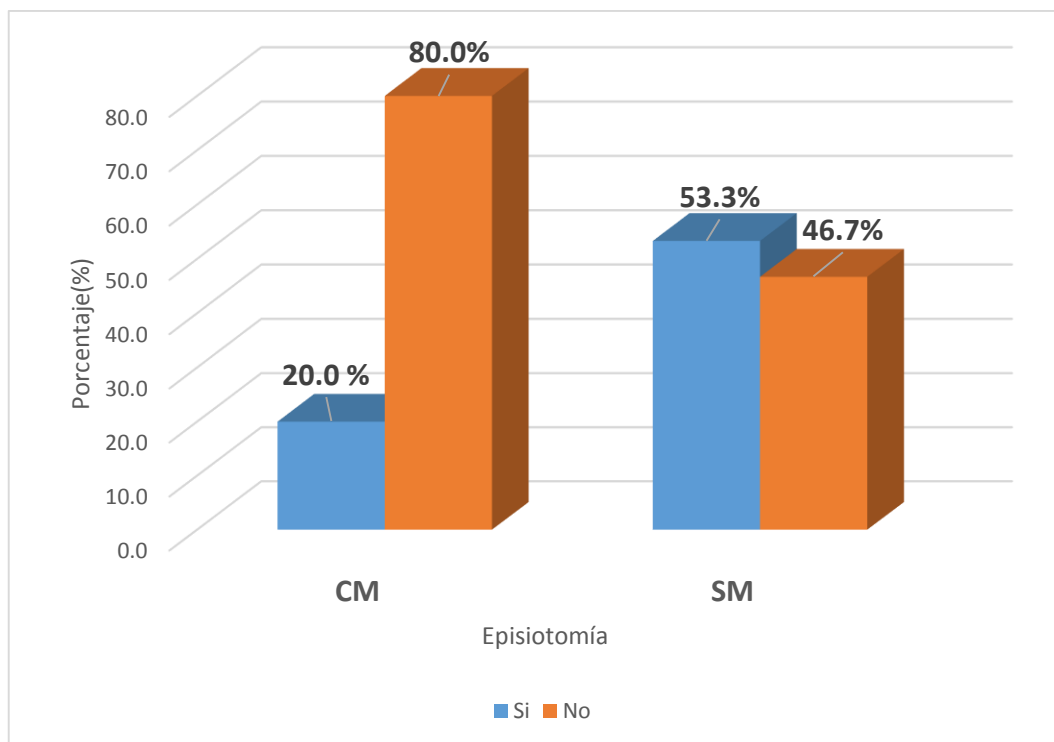
$$X^2=3.59 \quad P<0.05 \quad P=0.05$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 5 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.59$ ) muestra que la episiotomía en las mujeres que se les realizó y no realizó masaje perineal, presentó diferencia estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo, se muestra que el 80.0% las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta no les realizaron episiotomía, mientras que el 53.3% de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal sí les realizaron episiotomía.

GRÁFICO N°. 4

DIFERENCIA ENTRE LA EJECUCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA EN GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y A LAS QUE NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA



Fuente: Elaboración personal

**TABLA N<sup>o</sup>. 6**

**DIFERENCIA DEL DESGARRO ENTRE GESTANTES A LAS QUE SE REALIZÓ Y A LAS QUE NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

Desgarro	Con masaje (CM)		Sin masaje (SM)	
	N <sup>o</sup> .	%	N <sup>o</sup> .	%
Si	5	33.3	7	46.7
No	10	66.7	8	53.3
<b>TAMAÑO</b>	15	100	15	100

**Fuente:** Elaboración personal

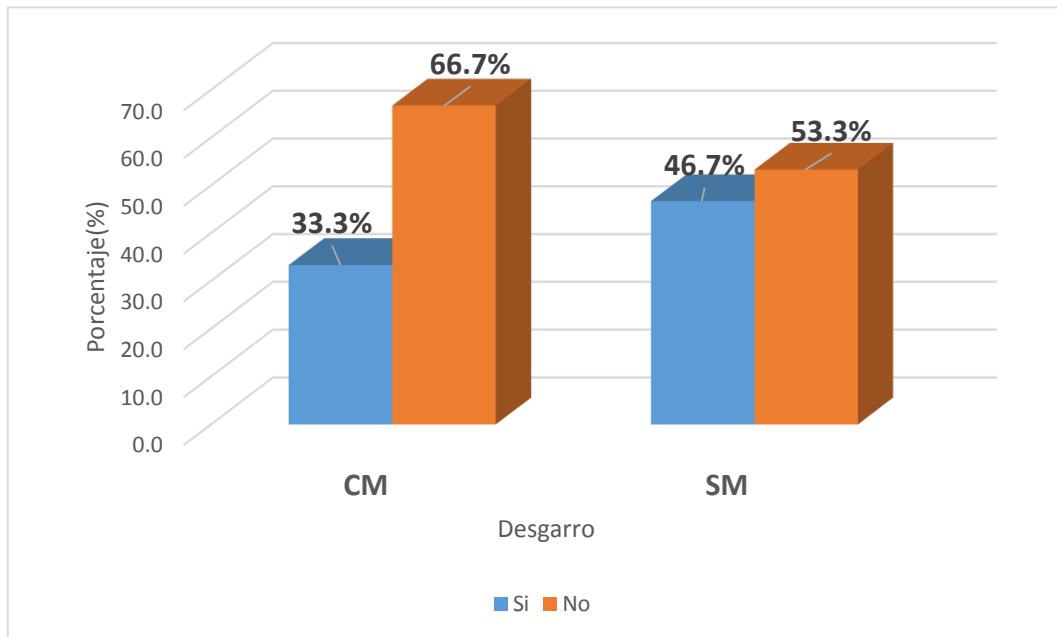
$$X^2=0.56 \quad P>0.05 \quad P=0.45$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 6 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.56$ ) muestra que el desgarro en las gestantes con y sin masaje perineal no presento diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 66.7% de las gestantes que se les realizó masaje perineal no presentaron desgarro, mientras que el 46.7% de las gestantes que no se realizaron masaje perineal si presentaron desgarro.

GRÁFICO N° 5

**DIFERENCIA DEL DESGARRO ENTRE GESTANTES A LAS QUE SE REALIZÓ Y A LAS QUE NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**



**Fuente:** Elaboración personal

**TABLA N<sup>a</sup>. 7**

**DIFERENCIA DEL GRADO DE DESGARRO ENTRE LAS GESTANTES A LAS QUE SE REALIZÓ Y NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

Desgarro	Con masaje (CM)		Sin masaje (SM)	
	Nº.	%	Nº.	%
Grado 1	4	80,0	6	85,7
Grado 2	1	20,0	1	14,3
<b>TAMAÑO</b>	5	100	7	100

**Fuente:** Elaboración personal

$$X^2=0.07 \quad P>0.05 \quad P=0.79$$

La Tabla N° 7 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.07$ ) muestra que el grado de desgarro entre las mujeres que se les realizó y no realizó masaje perineal, no presentó diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se muestra que el 80.0% las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal presentaron desgarro de primer grado, en comparación del 85.7. % de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal.

**TABLA. N°. 8**

**LOCALIZACIÓN DEL DESGARRO EN LAS GESTANTES QUE SE LES REALIZÓ Y EN LAS QUE NO SE REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

Localización	Con Masaje (CM)		Sin Masaje (SM)	
	N°.	%	N°.	%
Lateral externo	1	20,0	0	0,0
Lateral interno	2	40,0	4	57,1
Posterior	2	40,0	3	42,9
<b>TAMAÑO</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración personal

$$X^2=0.85 \quad P>0.05 \quad P=0.65$$

La Tabla N°.8 Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.85$ ) muestra que la localización del desgarro en las mujeres a las que se realizó y no realizó masaje perineal no presentó diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se muestra que el 20.0% las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta presentaron desgarro en la parte lateral externa, mientras que el 57.1% de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal tuvieron desgarro en el lateral interno.

**TABLA N<sup>o</sup>. 9**

**DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y NO REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

<b>Estadísticos</b>	<b>Con Masaje (CM)</b>	<b>Sin Masaje (SM)</b>
Media	19,00	14,80
Desviación estándar	28,66	10,62
Máximo	120,00	45,00
Mínimo	5,00	5,00
<b>TAMAÑO</b>	15	15

**Fuente:** Elaboración personal

$$t=0.53 \quad P>0.05$$

La Tabla N<sup>o</sup>.9 según la prueba de t de student ( $t=0.53$ ) muestra que el tiempo de periodo expulsivo entre las mujeres que se realizó y no realizó masaje perineal no presento diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que la media del tiempo de expulsión de las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta fue de 19 minutos, mientras que la media de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal fue de 14.80 minutos.

TABLA N<sup>o</sup>. 10

**APGAR AL MINUTO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y NO REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

<b>Estadísticos</b>	<b>Con Masaje (CM)</b>	<b>Sin Masaje (SM)</b>
Media	8,93	9,00
Desviación estándar	0,26	0,00
Máximo	9	9
Mínimo	8	9
<b>TAMAÑO</b>	15	15

**Fuente:** Elaboración personal

$$T=1.00 \quad P>0.05$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 10 según la prueba de t de student ( $t=-1.00$ ) muestra que el APGAR al minuto del recién nacido de las mujeres a las que se les realizó y no realizó masaje perineal no presentó diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que la media del APGAR al minuto del recién nacido de las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta fue de 8.93, mientras que la media del APGAR al minuto de los recién nacidos de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal fue de 9.

**TABLA N<sup>o</sup>.11**

**PESO DEL RECIEN NACIDO DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y NO REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

<b>Estadísticos</b>	<b>Con Masaje (CM)</b>	<b>Sin Masaje (SM)</b>
Media	3404,67	3392,40
Desviación estándar	377,96	276,62
Máximo	3970	3920
Mínimo	2760	2952
<b>TAMAÑO</b>	15	15

**Fuente:** Elaboración personal

$$t=0.10 \quad P>0.05$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 11 según la prueba de t de student ( $t=0.10$ ) muestra que el peso del recién nacido de mujeres a las que se les realizó y no realizó masaje perineal no presentó diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que la media del peso del recién nacido de las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto fue de 3404.67gr, mientras que la media del peso de los recién nacidos de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal fue de 3392.40 gramos.

**TABLA N<sup>o</sup>. 12**

**PERIMETRO CEFÁLICO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS GESTANTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ Y NO REALIZÓ MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA.**

<b>Estadísticos</b>	<b>Con Masaje (CM)</b>	<b>Sin Masaje (SM)</b>
Media	33,88	34,12
Desviación estándar	1,25	1,45
Máximo	37	38
Mínimo	32	32
<b>TAMAÑO</b>	15	15

**Fuente:** Elaboración personal

$$T=0.48 \quad P>0.05$$

La Tabla N<sup>o</sup>. 12 según la prueba de t de student ( $t=-0.48$ ) muestra que el perímetro cefálico del recién nacido de las mujeres a las que se les realizó y no realizó masaje perineal no presento diferencia estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que la media del perímetro cefálico del recién nacido de las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta fue de 33.88cm, mientras que la media del perímetro cefálico de los recién nacido de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal fue de 34.12cm.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se determinó el efecto del masaje perineal pre natal con aceite de rosa mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto. En la cual se logró demostrar diferencias estadísticas ( $P < 0.05$ ) entre aquellas gestantes a las que se realizó masaje perineal y las que no se realizó.

**BECKMANN MM.** (9), realizó un estudio de ensayos controlados aleatorios y cuasi aleatorios que evalúan cualquier método descrito de masaje perineal digital prenatal realizado durante al menos las últimas cuatro semanas de embarazo. Incluyó cuatro ensayos (2497 mujeres) que compararon el masaje perineal digital con el control. Todos fueron de buena calidad. Se observó que masaje perineal digital prenatal se asoció con una reducción general de la incidencia de trauma que requiere sutura (cuatro ensayos, 2480 mujeres, cociente de riesgo (RR) 0,91 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,86 a 0,96), número necesario para tratar el beneficio (NNTB) 15 (10 a 36)) y las mujeres que practicaban masaje perineal tenían menos probabilidades de tener una episiotomía (cuatro ensayos, 2480 mujeres, RR 0,84 (IC del 95%: 0,74 a 0,95), NNTB 21 (12 a 75)). Estos hallazgos fueron significativos solo para mujeres sin parto vaginal previo. Llegando a la conclusión fue que el masaje perineal digital prenatal reduce la probabilidad de traumatismo perineal (principalmente episiotomías). Lo cual coincide con nuestra investigación donde demostramos que el periné íntegro de las mujeres a las que se realizó y no realizó masaje perineal presento diferencia estadística significativa ( $P < 0.05$ ), siendo las mujeres con masaje perineal prenatal las que conservaron periné íntegro en mayor porcentaje.

**GÓMEZ E.** (15) realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y Cochrane Library en las que buscaba el reconocimiento de las ventajas del masaje perineal durante el embarazo por parte de los profesionales y de la mujer gestante, llegando a la conclusión de que el masaje reduce el número de episiotomías. Lo cual coincide con nuestra investigación en el cual el 80.0% las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal no les realizaron episiotomía, mientras que el 53.3% de las mujeres que no se sometieron a masaje perineal sí les realizaron episiotomía. Por otro lado, el autor no encontró diferencias con respecto a los desgarros, coincidiendo con nuestro estudio, donde según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.56$ ) muestra que el desgarro

en las gestantes con y sin masaje perineal no presento diferencia estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Llega también a la conclusión que la frecuencia en el número de masajes no es proporcional a los resultados, y es de esperar que a mayor frecuencia de masajes, mejores resultados, pero su ensayo concluye que realizándolo dos veces por semana reduce la morbilidad materna, en nuestra investigación un 33.3% de las pacientes a las que se les realizó un total de 4 sesiones de masaje perineal prenatal una vez por semana, fueron las que conservaron periné íntegro, siendo este el mayor porcentaje, en comparación a las que recibieron 5 o 6 sesiones de masaje.

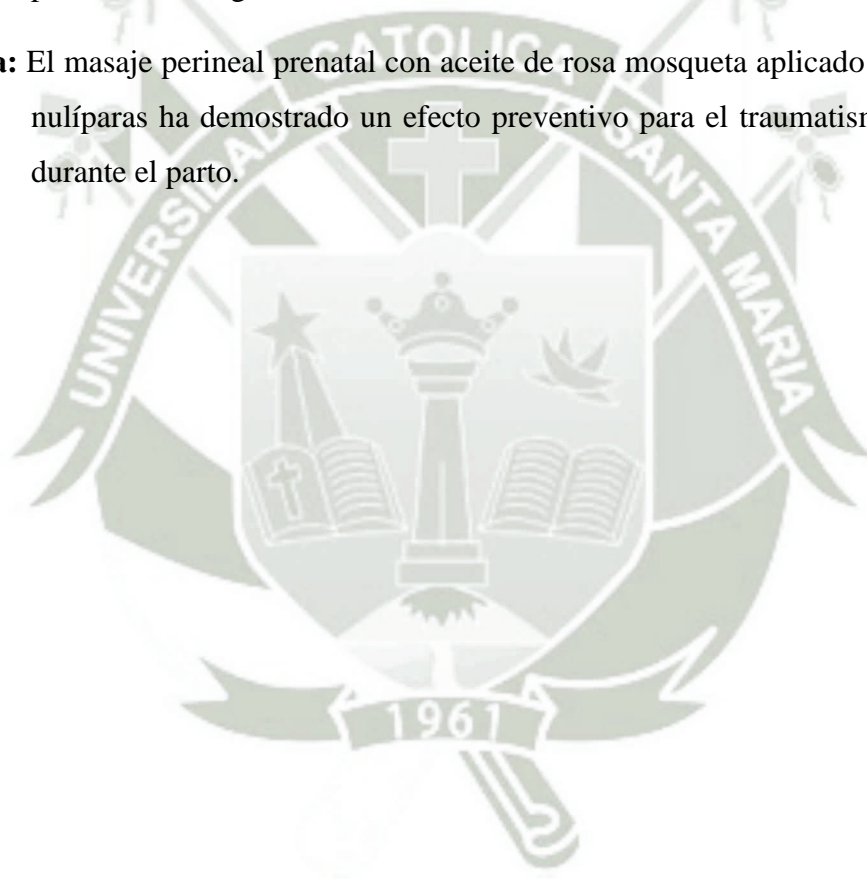
**ESPARZA** Zarate A. (11) en cuanto al grado de desgarro, en su grupo 1 (mujeres sin masaje) el 27,7% de las mujeres que sufrieron desgarro fue de grado 1, el 63,6% fue desgarro grado 2 y el 9,1% fue desgarro grado 3. En el grupo 2 (mujeres que recibieron masaje por un fisioterapeuta) el 87,5% de las mujeres que sufrieron desgarro fue de grado 1, el 12,5% fue desgarro grado 2 y no hubo ningún desgarro grado 3; en comparación con nuestro estudio, el 80.0% las mujeres que se sometieron a masaje perineal prenatal presentaron desgarro de grado 1 y el 20% desgarro de grado 2, en el grupo control el 85.7% presentaron desgarro de grado 1 y el 14,3% desgarro de grado 2 y no hubo desgarros de grado 3 o 4 en ninguno de los grupos.

## CONCLUSIONES

**Primera:** El efecto del Masaje Perineal prenatal con aceite de Rosa Mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto en gestantes nulíparas son las siguientes: el 46,7% conservó periné íntegro, al 80% no se les realizó episiotomía y el 66.7% no presentaron desgarro.

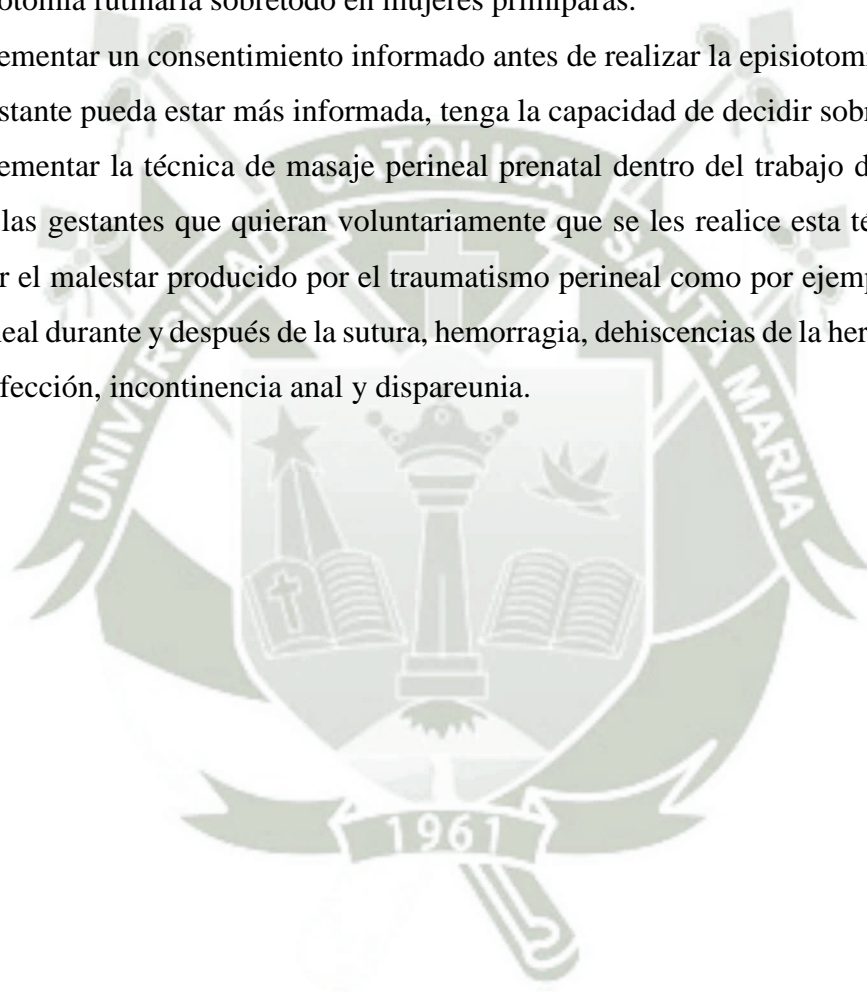
**Segunda:** En gestantes nulíparas a las que no se realizó masaje perineal prenatal con aceite de Rosa Mosqueta al 53.3% se les realizó episiotomía y el 46.7% presentaron desgarro.

**Tercera:** El masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta aplicado a gestantes nulíparas ha demostrado un efecto preventivo para el traumatismo perineal durante el parto.



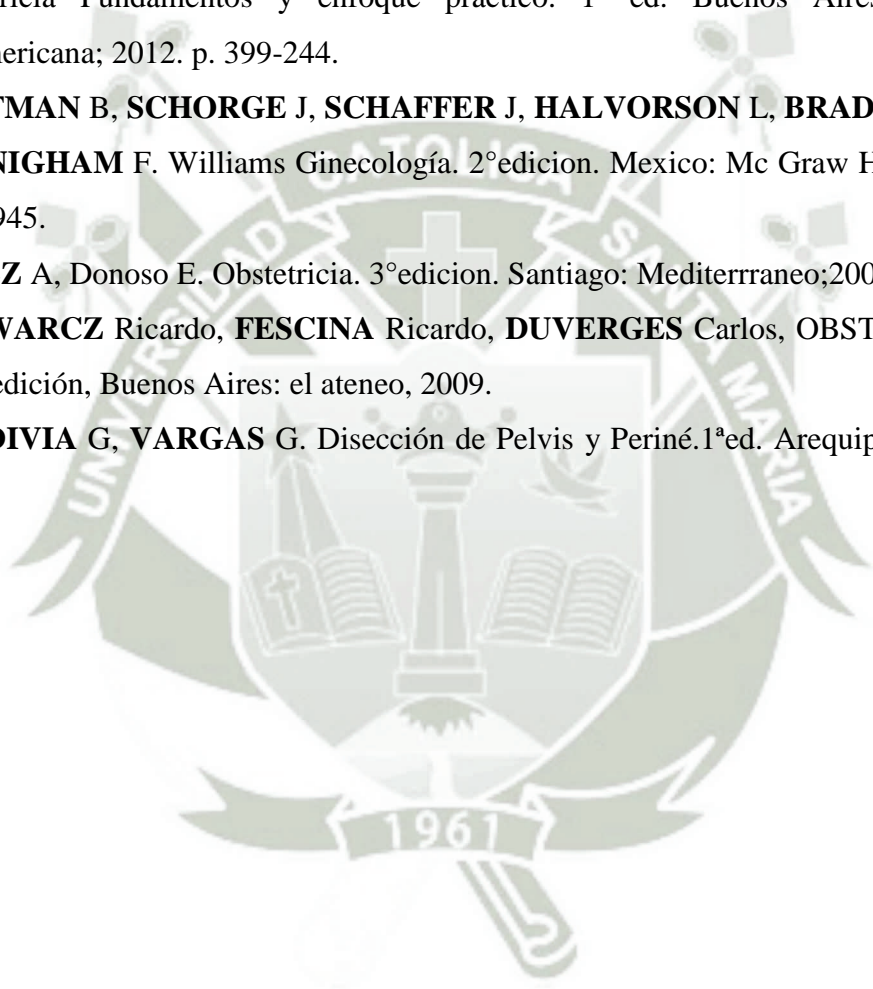
### RECOMENDACIONES

1. Realizar una investigación comparativa entre el aceite de rosa mosqueta y otros aceites a elegir, para verificar si la eficiencia del masaje está en estrecha relación con el aceite.
2. Realizar la episiotomía restrictiva y no rutinaria por parte del personal de obstetricia ya que a pesar de que hay estudios que comprueban que con la episiotomía restrictiva se evita traumatismos perineales (3), aún algunos obstetras continúan realizando la episiotomía rutinaria sobretodo en mujeres primíparas.
3. Implementar un consentimiento informado antes de realizar la episiotomía, para que la gestante pueda estar más informada, tenga la capacidad de decidir sobre su salud.
4. Implementar la técnica de masaje perineal prenatal dentro del trabajo del obstetra, para las gestantes que quieran voluntariamente que se les realice esta técnica y así evitar el malestar producido por el traumatismo perineal como por ejemplo el dolor perineal durante y después de la sutura, hemorragia, dehiscencias de la herida o riesgo de infección, incontinencia anal y dispareunia.



## BIBLIOGRAFÍA

1. **BECKMANN, C. CASANOVA, R. LING, F.** Obstetricia y Ginecología 7ª Edición. España: Wolters kluwer; 2015.
2. **GONZALES J, J.M. LAILLA, E. FABRE, E. GONZALES.** Obstetricia. 6º Edición. España: Elseiver España S. I. 2013. p 681- 682
3. **HAKIM** Alejandro. Episiotomía. Desgarros Perineales. En: Nassif J, Keklikian R. Obstetricia Fundamentos y enfoque práctico. 1ª ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2012. p. 399-244.
4. **HOFFMAN B, SCHORGE J, SCHAFFER J, HALVORSON L, BRADSHAW K, CUNNIGHAM F.** Williams Ginecología. 2ºedicion. Mexico: Mc Graw Hill, c2014. p942-945.
5. **PÉREZ A, Donoso E.** Obstetricia. 3ºedicion. Santiago: Mediterraneo;2000.
6. **SCHWARCZ Ricardo, FESCINA Ricardo, DUVERGES Carlos,** OBSTETRICIA, sexta edición, Buenos Aires: el ateneo, 2009.
7. **VALDIVIA G, VARGAS G.** Disección de Pelvis y Periné.1ªed. Arequipa: UCSM; 2015.

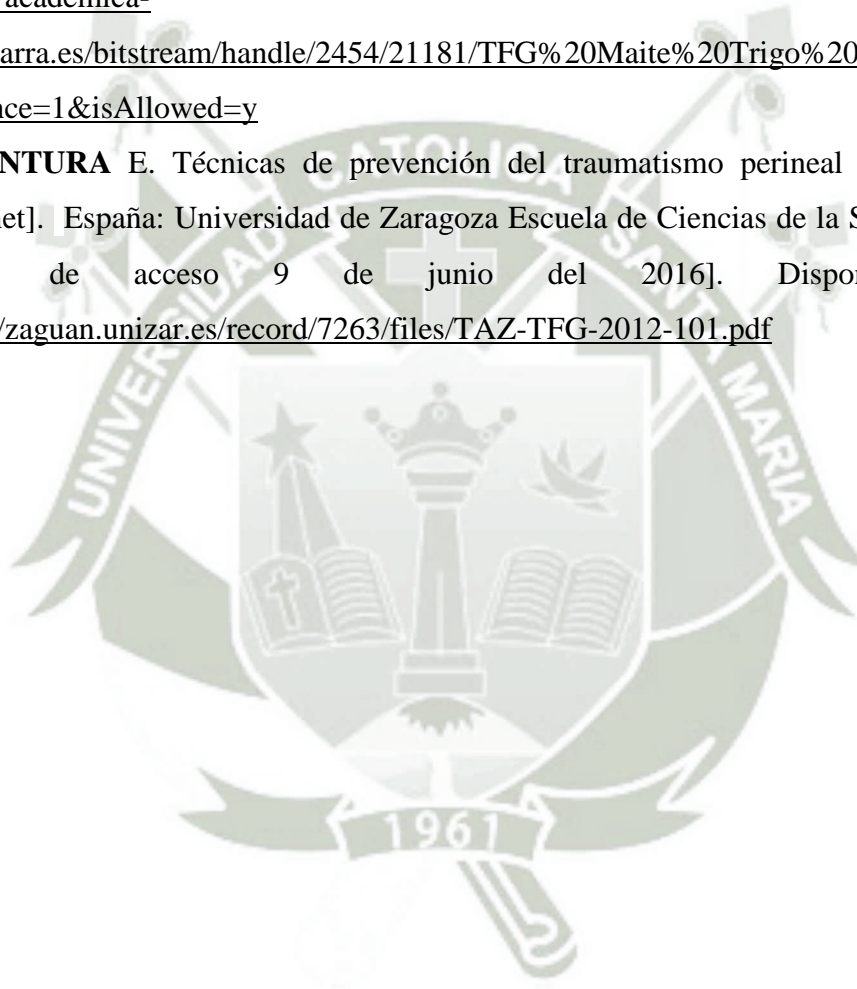


## INFORMATOGRAFÍA

8. **AZÓN E, HERNÁNDEZ J, MIR E.** Evidencia científica sobre el uso de aceite de rosa mosqueta en el embarazo: una revisión de la bibliografía. *Medicina Naturista*. [en línea].2013. [fecha de acceso 28 de febrero del 2017]; Nro. 7 (2): 94-98. URL disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4297895.pdf>
9. **BECKMANN MM, STOCK OM.** Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. [fecha de acceso 9 de junio del 2016]. volumen (4). Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/full>
10. **BEJARANO J.** Ensayo clínico aleatorizado abierto de dos grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta a partir de las semanas 34-36 de gestación para la reducción de desgarros de primer y segundo grado en el periodo expulsivo del parto. *Reduca: Enfermería, Fisioterapia y Podología*. [en línea].2012. [fecha de acceso 27 de febrero del 2017]; Nro. 4. URL disponible en [JOAQUINA http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/934/950](http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/934/950)
11. **ESPARZA Zarate A.** Masaje perineal preparto como prevención de disfunciones del suelo pélvico en el postparto. [internet]. España: Universidad Pública de Navarra. 2014 [fecha de acceso 9 de junio del 2016]. Disponible en <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11923/TFGAmaiaEsparzaZarate.pdf?sequence=1>
12. **ESPINOZA T.; VALENCIA E.; QUEVEDO R.; DÍAZ O.** Importancia y propiedades físico química de la Rosa mosqueta (R. canina, R. rubiginosa): una revisión. *SC*. [Revista on-line] 2016 [Consultado 27 febrero 2017]; 7 (1): 67 – 78. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/agro/v7n1/a07v7n1.pdf>
13. **EURIDES D, FRANCO L, DALECK C, et al.** Efecto del extracto de óleo de rosa mosqueta (Rosa aff. Rubiginosa) en la cicatrización de heridas cutáneas. *REDVET*. [Revista on-line] 2011 [Consultado 27 febrero 2017]; 12(1). Disponible en: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n010111/011106.pdf>

14. **FERNÁNDEZ I.** Masaje Perineal: Preguntas, Respuestas y Evidencia. 2015 [sitio en internet]. Disponible en: <http://fisiofitwoman.com/masaje-perineal/>. Consultado: 27 de febrero del 2017.
15. **GÓMEZ E.** Masaje perineal durante el embarazo. Revista Enfermería CyL [en línea].2009. [fecha de acceso 9 de junio del 2016]; Nro. 2. URL disponible en <http://www.boltexmedical.com/wp-content/uploads/2015/01/Revista-Enfermeria-CyL-Masaje-perineal.pdf>
16. **GOMEZ S, VILLAMAR E, FERNANDEZ F.** Efectividad del masaje perineal prenatal con aceite de rosa mosqueta como medida preventiva del trauma perineal durante el parto.[en línea] Monograficos de la investigación en Salud, Granada, España 2015 [fecha de acceso 10 de Junio del 2017]; URL disponible en <http://www.index-f.com/para/n22/404.php>
17. **ISO Taapken L.** Enfermería y el Masaje Perineal Antenatal [Internet]. Almería: Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia, Universidad De Almería; 2013. [Fecha de acceso 9 de junio del 2016]; Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/bitstream/handle/10835/2704/Trabajo.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
18. **JIMÉNEZ Liñán R.** ¿Es efectivo el masaje perineal durante el embarazo para evitar desgarros o episiotomías en el parto? [Internet]. Granada: EAP Cenes de la Vega; 2014 [fecha de acceso 28 de noviembre del 2017]. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1228](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1228)
19. **RODRÍGUEZ A.** Eficacia del masaje perineal como prevención de lesiones durante el parto y disfunciones post-parto. Revisión bibliográfica [Internet]. Universidad de Valladolid. Escuela universitaria de fisioterapia. 2015. [fecha de acceso 27 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14248/1/TFG-O%20623.pdf>
20. **SOLIVA I.** Masaje perineal antenatal como medida de prevención del trauma perineal durante el parto vaginal: revisión sistemática [Internet]. España: Universidad de Lleida; 2016. [fecha de acceso 26 de febrero del 2017]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/58954/isolival.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. **TORRES** Alba E. Efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto [Internet]. Jaén: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén; 2015. [fecha de acceso 26 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1571/1/TFG%20TorresAlba,Elena.pdf>
22. **TRIGO** M. Efectividad del masaje perineal y del epi-no como tratamiento preventivo a las episiotomías en mujeres nulíparas [Internet]. España: Universidad Pública De Navarra; 2016. [fecha de acceso 26 de febrero del 2017]. Disponible en <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/21181/TFG%20Maite%20Trigo%20Corres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. **VENTURA** E. Técnicas de prevención del traumatismo perineal en el parto [Internet]. España: Universidad de Zaragoza Escuela de Ciencias de la Salud; 2012. [fecha de acceso 9 de junio del 2016]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/7263/files/TAZ-TFG-2012-101.pdf>



**ANEXO 1. Ficha de observación estructurada**

1. MASAJE PERINEAL:

a) Si  b) No

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_

3. EDAD: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION	FECHA	FIRMA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4. DURACION DEL EXPULSIVO: \_\_\_\_\_
5. APGAR DEL R.N: \_\_\_\_\_
6. PESO DEL R.N: \_\_\_\_\_
7. PERÍMETRO CEFALICO \_\_\_\_\_
8. PERINE INTEGRO
  - a) Si                      b) No
9. EPISIOTOMIA
  - a) Si                      b) No
10. GRADO DE DESGARRO
  - a) 1
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4
11. LOCALIZACION DEL DESAGARRO
  - a) Anterior
  - b) Lateral Externo
  - c) Lateral interno
  - d) Posterior



## ANEXO 2. Consentimiento informado para la investigación

### Investigadores responsables:

Vilca Soto Patricia Virginia  
Arista Condori Katherine

### Título del Proyecto:

### “Efecto del Masaje Perineal Prenatal con aceite de rosa mosqueta en la prevención del traumatismo perineal durante el parto”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito evaluar el efecto del masaje perineal prenatal en la prevención del traumatismo perineal durante el trabajo de parto y comparar el resultado en mujeres a quienes se les realizó el masaje perineal prenatal con mujeres a quienes no se les realizó.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

---

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Vilca Soto Patricia Virginia

---

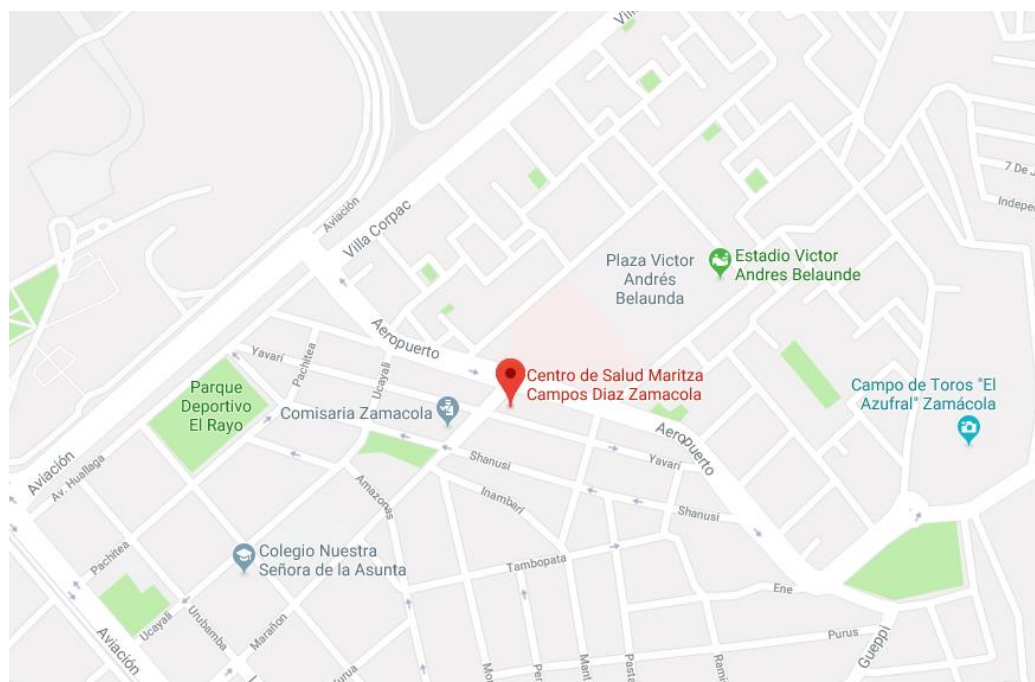
INVESTIGADOR RESPONSABLE

Arista Condori Katherine

---

USUARIA PARTICIPANTE

### ANEXO 3. Delimitación gráfica del lugar



#### **ANEXO 4. Técnica del masaje perineal con aceite de rosa mosqueta**

1. Lavado de manos del personal que realizará el masaje perineal.
2. Colocación de guantes estériles en ambas manos
3. Lubricación de los dedos con aceite de rosa mosqueta por la parte exterior de los guantes.
4. Embarazada en posición ginecológica.
5. Hidrataremos toda la zona del periné con el aceite de rosa de mosqueta.
6. Realizaremos un amasamiento superficial por toda la zona del periné.
7. Estiramiento de labios mayores: cogemos los labios mayores y estiraremos en dirección hacia fuera y hacia abajo. El estiramiento no debe doler. Debemos notarlo, pero si duele estiraremos un poco menos el tejido. Podemos hacer primero el labio de un lado y luego el otro, o los dos a la vez. El estiramiento durará unos 30 segundos
8. Estiramiento de labios menores: repetiremos el punto anterior pero esta vez estiraremos los labios menores. Lo haremos en la misma dirección que hemos comentado y el mismo tiempo
9. El personal introduce los dedos medio e índice en la vagina, en posición de crochet/gancho a una profundidad de 3-4cm, presionar hacia abajo durante 30 segundos, hacia los lados durante 30 segundos.
10. Imaginando el suelo pélvico como un reloj, hacer un recorrido desde las diez (obturador interno) hasta las seis y desde las dos hasta las seis (y a la inversa), imprimiendo una presión suave, pero firme, sobre la pared de los elevadores, con tracción en dirección caudal y posterior hasta sentir sensación de “quemazón” o “escozor”. Realizamos pases desde las diez a las seis y estiramos unos 20-30 segundos y repetimos realizando pases desde las dos hasta las seis y estiramos otros 20-30 segundos
11. Presión sobre el periné: Entre la vagina y el ano está situado el núcleo fibroso central. Con un dedo presionaremos sobre el núcleo fibroso central durante 1 minuto aproximadamente. Debemos notar cómo el tejido cede y se destensa
12. Técnica de contracción-relajación-estiramiento: Primero empezaremos realizando un estiramiento del núcleo fibroso central que durará unos 10 segundos. A continuación, y sin soltar el tejido haremos una contracción de la musculatura vaginal durante 4-5 segundos. Luego, descansaremos 4-5 segundos más y finalmente

volveremos a estirar el núcleo fibroso central durante 10 segundos. Esto hay que repetirlo 3 veces.



## ANEXO 5. Autorización

57

**“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”**  
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 31 de enero del 2018

5136000

**OFICIO N° 045-FOyP-2018**

Señor Doctor

**FERNANDO VALENCIA BORDA**  
**DIRECTOR DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**  
Presente.-

01 FEB 2018

Doc. 103.5512 Exp. 700632  
Folios: 57 Hora: 10:23 Firma: *te*

Tengo a bien dirigirme a usted para presentar a las señoritas Bachilleres en Obstetricia: **KATHERINE ARISTA CONDORI** con D.N.I. 71418025 y **PATRICIA VIRGINIA VILCA SOTO**, con D.N.I. 72469886, quienes se encuentran desarrollando su trabajo de investigación.

Por tal motivo, para la culminación de esta etapa de Investigación de su tesis titulada: *“EFECTO DEL MASAJE PERINEAL PRENATAL CON ACEITE DE ROSA MOSQUETA EN LA PREVENCIÓN DEL TRAUMATISMO PERINEAL DURANTE EL PARTO”*, solicitamos a su digna Dirección, se sirva otorgar las facilidades que se requiera para el desarrollo de la investigación en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamacola-Arequipa, cuyo proyecto ha sido aprobado por este Decanato.

Con la seguridad que el presente merecerá su fina atención, hacemos propicia la oportunidad para expresarles los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente,

  
  
Mster. **RICARDINA FLORES FLORES**  
Decana de la Facultad de Obstetricia  
y Puericultura de la UCSM

RFF/DFOyP  
lv.

## ANEXO 6. Materiales



*Aceite de Rosa Mosqueta*



*Guantes Quirúrgicos*

### ANEXO 7. Evidencias





**ANEXO 8. Cronograma de trabajo**

Tiempo Actividades	2017				2018											
	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Estructuración del proyecto</b>	X	X	X													
<b>Aprobación del proyecto</b>				X												
<b>Recolección de datos</b>					X	X	X	X	X	X	X					
<b>Estructuración de resultados</b>												X				
<b>Informe Final</b>													X	X		

### ANEXO 9. Matriz de Sistematización

ID	edad	Edad COD	masaje	Número de sesiones	Duración del expulsivo en minutos	Peso del RN en gramos	Perímetro cefálico en centímetros	APGAR al minuto	Periné integro	Episiotomía	Grado de desgarro	Localización del desgarro
1	19	18-22 años	Si	6	15	3720	34	9	Si	No		
2	21	18-22 años	Si	4	15	3380	34	9	Si	No		
3	24	23-27 años	Si	5	5	2810	33	9	Si	No		
4	34	33-37 años	Si	4	11	3600	34	9	Si	No		
5	25	23-27 años	Si	4	10	3210	34	9	Si	No		
6	22	18-22 años	Si	4	5	3690	34	9	Si	No		
7	37	33-37 años	Si	4	15	3550	33	9	Si	No		
8	24	23-27 años	Si	6	10	3490	35	9	No	No	Grado 1	Posterior
9	27	23-27 años	Si	5	120	3940	37	9	No	No	Grado 2	Posterior
10	21	18-22 años	Si	5	5	2760	32	9	No	No	Grado 1	Lateral interno
11	25	23-27 años	Si	4	5	3300	34	9	No	No	Grado 1	Lateral externo
12	27	23-27 años	Si	6	5	3050	34	9	No	No	Grado 1	Lateral interno
13	29	28-32 años	Si	5	17	3000	33	9	No	Si		
14	23	23-27 años	Si	5	23	3600	34	9	No	Si		
15	26	23-27 años	Si	4	24	3970	36	8	No	Si		
16	19	18-22 años	No		10	3160	32	9	Si	No		
17	22	18-22 años	No		10	3600	34	9	No	Si	Grado 1	Lateral interno
18	21	18-22 años	No		10	3000	33	9	No	Si		
19	20	18-22 años	No		45	3350	35	9	No	Si		
20	22	18-22 años	No		5	3390	33	9	No	Si		
21	25	23-27 años	No		20	3920	38	9	No	No	Grado 2	Posterior

22	23	23-27 años	No		5	3260	33	9	No	No	Grado 1	Lateral interno
23	20	18-22 años	No		15	3460	36	9	No	Si		
24	24	23-27 años	No		10	2952	34	9	No	Si		
25	18	18-22 años	No		5	3264	34	9	No	No	Grado 1	Posterior
26	26	23-27 años	No		15	3710	34	9	No	No	Grado 1	Posterior
27	29	28-32 años	No		30	3750	35	9	No	Si		
28	28	28-32 años	No		17	3580	34	9	No	Si		
29	22	18-22 años	No		10	3250	34	9	No	No	Grado 1	Lateral interno
30	20	18-22 años	No		15	3240	34	9	Si	No	Grado 1	Lateral interno

