

MASAJE PERINEAL PREPARTO COMO PREVENCIÓN DE DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO EN EL POSTPARTO



Autora: Amaia Esparza Zárate

Directora: Ana Insausti Serrano

Asesoras externas:

-María Medrano Muñoz

-Diana Ubis García

Grado en Fisioterapia 2013-2014

Primera convocatoria de defensa: 30 junio 2014

Universidad Pública de Navarra

MASAJE PERINEAL EN EL PREPARTO COMO PREVENCIÓN DE DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO EN EL POSTPARTO

RESUMEN

Antecedentes: 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.

Palabras clave: perineal massage, pregnancy, tear, episiotomy, perineal trauma.

ABSTRACT

Background: Vaginal delivery is commonly associated with perineum dysfunction, either spontaneously (tear) or due to a surgical incision or episiotomy.

Recent studies show that perineal massage in the last weeks of pregnancy can reduce perineal trauma in likelihood.

Objectives: Compare the result of perineal massage as a preventive factor, always performed by a qualified physiotherapist, with women who have not made any pre-natal perineal massage and women that have made it themselves at home.

Materials and methods: They have been included primiparous women who have given birth less than 18 months without pelvic floor injuries before delivery. They have been divided into three groups: Group 1 who have not done any treatment of pelvic floor before birth, group 2 having done perineal massage once a week from 32 weeks before delivery and group 3 who perineal massage done alone at home.

Results: There were significant differences in the ratio of massage fewer reduction of the number of episiotomies ($P = 0.17$), with the degree of tear ($P = 0.33$) and the presence of intact perineum after delivery ($P = 0.21$).

Conclusions

The perineal massage can be considered a preventative method of perineal trauma in childbirth.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Descripción anatómica:	1
Prevalencia de la lesión:	4
Prevención de la lesión:	6
Elección del tema:	7
HIPÓTESIS	8
OBJETIVOS	8
MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
Diseño:	9
Metodología:	10
Estadística	11
RESULTADOS.....	12
Episiotomía:	12
Desgarro:.....	133
Grado de desgarro:.....	13
Dolor en la cicatriz:	155
Urgencia urinaria:.....	166
Incontinencia urinaria:.....	16
Incontinencia de gases:	177
Urgencia anal:	188
Incontinencia anal:	199
Dispareunia:	199
Mujeres con periné intacto tras el parto:.....	20
DISCUSIÓN	233
Episiotomía:	233
Periné intacto tras el parto:	233
Desgarro:.....	244
Grado de desgarro:.....	244
Dolor en la cicatriz y dispareunia:	244
Urgencia urinaria, Incontinencia urinaria, incontinencia de gases, urgencia anal e incontinencia anal:	255
Técnica del masaje:	255
Limitaciones:	266

CONCLUSIONES.....	277
AGRADECIMIENTOS	288
REFERENCIAS	299
ANEXO 1	31
ANEXO 2	32

INTRODUCCIÓN

Descripción anatómica:

El suelo pélvico, es la región que separa la cavidad pélvica del periné. Está formado por elementos musculares y fasciales. El diafragma pelviano constituye la mayor parte del suelo pélvico. Tiene forma de cuenco o embudo. En sus regiones anteriores, contiene un defecto en forma de U, que se relaciona con los elementos del aparato urogenital. Sus funciones son: dar soporte a las vísceras pélvicas y ofrecer resistencia al aumento de fuerza intraabdominal.

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.

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.

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 elevador 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 [1].

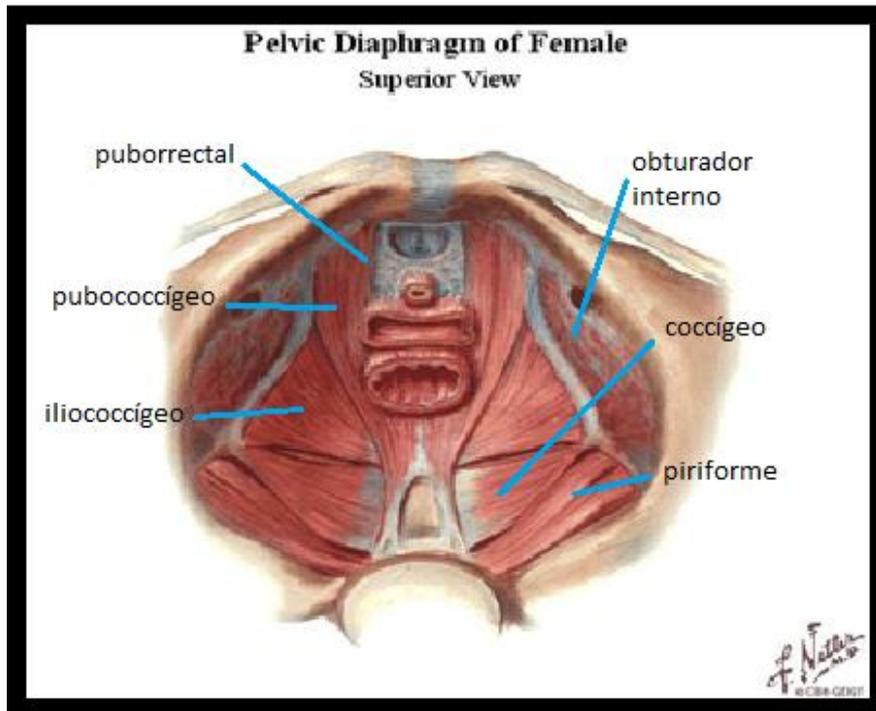


Figura 1. Cara interna suelo pélvico femenino

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:

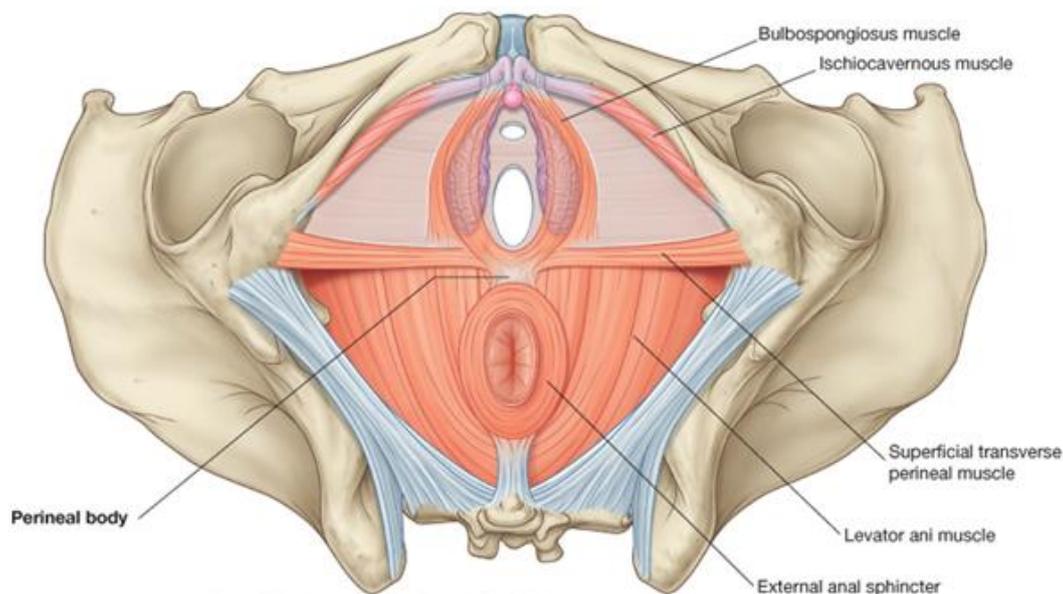
- En la región anterior, el triángulo o región urogenital contiene las raíces de los genitales externos y, en la mujer, los orificios de la uretra y la vagina. Es más grande, por lo que es más vulnerable y desprotegido. Además, en las mujeres tiene una hendidura que lo hace más débil
- En la región posterior, el triángulo o región anal. [1,2] 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.

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, innervado por el sistema somático que es voluntario.

- Esfínter interno del ano: está formado fibras lisas, innervado 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.



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
 Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

Figura 2. Musculatura superficial periné.

Prevalencia de la lesión:

El parto vaginal suele ir frecuentemente asociado, a disfunciones posteriores del periné [3]. El trauma perineal es definido como cualquier daño en los genitales ocurrido durante el parto vaginal, ya sea de manera espontánea (desgarro) o debido a una incisión quirúrgica o episiotomía [4, 5].

La matrona o el obstetra puede decidir hacer un corte quirúrgico en el periné con tijeras o bisturí (episiotomía) para facilitar el nacimiento del recién nacido y prevenir los desgarros graves, que pueden ser más difíciles de reparar. El corte se cierra con una sutura quirúrgica. Esta práctica está implantada con una incidencia diferente según las políticas de cada maternidad [6]. La episiotomía equivale a un desgarro espontáneo de segundo grado [7].

En nuestro país, la media de la práctica de una episiotomía es del 50% en partos no instrumentales. Esta cifra es un 70% superior a la que se postula como estándar (30%); asimismo es un 150% superior a la tasa de episiotomía en EE. UU. (20%) [8]. Recientemente ha aparecido una publicación donde se señala que la incidencia de desgarros de III y/o IV grado en el segundo parto es del 4,8%, cuando en el primer parto se realizó una episiotomía, frente al 1,7% cuando no se realizó episiotomía ($p < 0,001$) [9].

Los desgarros vaginales pueden ocurrir durante el parto, con mayor frecuencia cuando pasa la cabeza del recién nacido por la abertura vaginal, especialmente si el recién nacido desciende rápidamente. Los tipos de desgarros pueden ser muy variados desde el que afecta solamente a la piel perineal hasta el que se extiende a los músculos, el esfínter anal y la mucosa anal.

El traumatismo perineal se clasifica en:

- Primer grado: afecta a la horquilla vulvar, piel perineal y mucosa vaginal.
- Segundo grado: incluye fascia y musculatura del núcleo fibroso central del periné o cuerpo perineal.
- Tercer grado: incluye esfínter anal.
- Cuarto grado: incluye mucosa rectal.

El 85% de las mujeres que tienen partos vaginales sufren algún tipo de trauma perineal [10]. Más de dos tercios de estas mujeres requieren una reparación de la lesión con una sutura [11]. Estos niveles de lesión son especialmente elevados en mujeres que están teniendo su primer parto [12]. Las mujeres que dan a luz a su primer hijo con un periné intacto, tienen un suelo pélvico más fuerte (evaluado mediante electromiografía) y recuperan la musculatura más rápido que las mujeres que sufren desgarros espontáneos o episiotomías [13].

Los posibles efectos secundarios adversos de estas lesiones incluyen relaciones sexuales dolorosas (dispareunia), incontinencia urinaria, de gases o fecal y dolor perineal persistente [5]. La mayor parte de las mujeres sufren dolor o discomfort perineal unos días después del parto vaginal. De las mujeres que sufren trauma perineal, un 40% refieren dolor en las primeras dos semanas del postparto, más de un

20% se mantiene el dolor a las ocho semanas [14], y entre el 7 y el 9 % refieren dolor a los tres meses [10].

El dolor perineal puede afectar a la función sexual. El 60% de las mujeres refieren dispareunia tres meses después de un parto vaginal, el 30% a los seis meses [15] y un 15% siguen teniendo relaciones dolorosas tres años después [16].

Se identifican lesiones del esfínter o mucosa anal tras un 3% - 4% de los partos vaginales. Es importante reseñar, que un tercio de esas mujeres que se evalúan, sufrirá algún grado de incontinencia fecal (de leve a grave) después de la reparación primaria [17].

Se estima, que el 35% de las primíparas, a las que se les realiza una prueba de exploración mediante ultrasonido, presentan un trauma de tercer o cuarto grado que no es reconocido en el parto, presuntamente asociado con el parto vaginal [18].

Las disfunciones del suelo pélvico afectan al estado físico, psicológico y social de las mujeres y su calidad de vida, tanto en el periodo inmediato del postparto como tiempo después. A muchas mujeres con estas patologías les resulta difícil comentárselo a los profesionales de la salud, de ahí deriva la importancia de que se conozca la alta prevalencia de estas lesiones y la posibilidad de tratamiento.

Existe un área de la fisioterapia enfocada a problemas del suelo pélvico: la fisioterapia uro-ginecológica [19]. Trastornos de la micción y de la defecación, patologías ginecológicas, patologías dolorosas del suelo pélvico, disfunciones sexuales (fisiosexología), son algunas de las distintas patologías que se tratan en este campo. También intervienen en la preparación física de la mujer embarazada, así como el tratamiento de las patologías dolorosas en esta etapa y reeducación posparto.

Según José Miguel Amóstegui, presidente de la Sociedad Española de Pelviperineología (SEFIP) “ La fisioterapia obstétrica es esa parcela o especialidad de la fisioterapia que se acerca al hecho obstétrico del embarazo, el parto y el posparto, con el fin de que la mujer embarazada disfrute de una buena salud. Hay que tener en cuenta que durante la gestación, el cuerpo de la mujer llega al límite de su funcionalidad y puede sufrir dolores lumbares, dorsales, alteraciones del suelo pélvico -última barrera del bebé-, y sobrecarga ponderal en la parte vaginal, que son las principales causas del daño perineal, es decir, en la musculatura del suelo pélvico.”

Los tipos de tratamiento que realiza el fisioterapeuta especializado en obstetricia son: tratamiento de patología dolorosa (muy frecuentes lumbalgias, dorsalgias, sacrolialgias, túnel carpiano), corrección postural, terapia manual de normalización pélvica en pre y post parto, actividad física prenatal y postnatal (comenzar primero por el suelo pélvico y luego la musculatura abdominal), control y prevención perineal en embarazo y valoración postparto y educación al parto (posturas de dilatación, pujos fisiológicos, respiraciones).

Son numerosos los factores, relacionados con la mujer y la atención que recibe, que afectan potencialmente a la existencia de trauma del tracto genital [3]. El trauma perineal ocurre en mayor proporción en primíparas y aún se incrementa más cuanto mayor es el diámetro cefálico o peso al nacer además de la malposición del niño [20], también se asocia una mayor posibilidad de trauma si el recién nacido desciende rápidamente por el canal de parto [10].

El uso restrictivo de la episiotomía está asociado con un menor porcentaje de trauma perineal [6] como el uso de extracción de vacío para partos instrumentales en lugar de fórceps [21]. No hay un claro consenso sobre el grado de protección del periné, en los pujos activos dirigidos [22], la posición materna [23] o el uso del masaje perineal durante la segunda etapa del parto [24] en la reducción de la incidencia del traumatismo perineal.

Debido a la alta prevalencia de estas disfunciones y el grado en que afecta al bienestar de las mujeres, son numerosos los estudios que buscan prevenir este tipo de lesiones.

Prevención de la lesión:

Masaje perineal en las últimas semanas de gestación:

Recientemente, 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. El propósito del masaje perineal es el poder aumentar la flexibilidad de los músculos perineales y por lo tanto disminuir la resistencia muscular. Esto va a permitir al periné elongarse en el parto evitando desgarros o la necesidad de episiotomías [3]. Además es un procedimiento bien aceptado por las mujeres [11]. En el estudio de Labrecque y cols (2001), se realizó una encuesta a mujeres a las que se les había realizado masaje perineal sobre si repetirían el masaje en un embarazo posterior. El 80% de las mujeres del grupo de masaje respondían afirmativamente y cerca de 90% dijeron que ellas lo recomendarían a otras mujeres embarazadas [25].

El masaje perineal ha demostrado reducir la incidencia del traumatismo perineal en dos ensayos controlados [26,27]. En otro estudio se evaluó la asociación entre 13 factores diferentes y lesiones perineales. Ellos encontraron que el masaje perineal estaba asociado con la disminución de lesiones perineales en dos grupos de mujeres:

- a) mujeres primíparas y
- b) mujeres múltíparas con un hijo en las que el parto anterior se les ha realizado episiotomía.

Sin embargo, el masaje no estaba asociado a la disminución de lesiones perineales en múltíparas cuyos partos previos no se había realizado episiotomía [28]. Otro estudio reciente muestra que las mujeres que han practicado masaje perineal antes del parto, tienen mucho menos dolor en el postparto, comparadas con el grupo control [29]. En la mayoría de ellos se enseña a la mujer o a su pareja a realizar el masaje perineal para que ellos lo realicen en casa [3]. Esto puede introducir problemas de reproductibilidad del estudio porque puede haber variaciones en la técnica de cómo se realice, la frecuencia y quién realice ese masaje.

Labrecque y cols (2001) [25] encontraron que, aunque el masaje perineal es aceptado por la mayoría de participantes, un número significativo de mujeres no cumplieron las indicaciones para la práctica de masaje diario durante las últimas 6 semanas de embarazo. Realizaron un estudio observacional para evaluar cómo era la técnica de las mujeres que practicaron masaje perineal durante el embarazo. En general, el masaje perineal se consideró bastante aceptable ya que el dolor y los problemas técnicos desaparecían después de unas semanas [30,7].

Masaje perineal durante la segunda etapa del parto:

Los estiramientos y el masaje perineal en la segunda etapa del parto han sido promovidos por las matronas [31]. En un ensayo, Stamp y cols. (2001) encontraron que el masaje y los estiramientos perineales, realizados en tres hospitales por las matronas en la segunda etapa del parto (dilatación completa del cuello del útero o ≥ 8 cm si son nulíparas o ≥ 5 cm si son multíparas) con lubricantes solubles en agua, no mejoraban la probabilidad de tener un periné intacto, la reducción del riesgo de dolor, dispareunia, problemas de incontinencia urinarios o fecales posteriores al parto. Además, los autores del estudio aconsejaban que el masaje perineal durante la segunda etapa del parto no debe ser recomendado automáticamente en todos los casos.

La técnica utilizada fue la siguiente: las mujeres del grupo de intervención recibieron masaje y estiramiento del periné con cada contracción durante la segunda etapa del trabajo de parto. La matrona insertaba dos dedos dentro de la vagina y utilizaba un movimiento de barrido, para ir estirando suavemente el periné con gel lubricante soluble en agua, deteniéndose si fuera incómodo para la mujer. En los tres hospitales a las matronas se les instruyó en el masaje perineal mediante sesiones regulares de formación con instrucción verbal, un video hecho especialmente, y un folleto ilustrado usando una serie de dibujos detallados e instrucciones escritas. Para las mujeres en el grupo control la matrona fue instruida para usar su técnica habitual de preparación al parto, pero a abstenerse de utilizar el masaje perineal [32].

Elección del tema:

He elegido este tema porque pienso que es necesario que se conozca la amplia prevalencia de las lesiones del suelo pélvico como consecuencia del parto y la necesidad de prevención que existe. Al mismo tiempo opino que las mujeres embarazadas tienen poco acceso a información de la prevención que podrían llevar a cabo y de las posibles consecuencias que puede tener en su periné el tipo de parto, de pujo y una mala recuperación posterior.

El propósito de este estudio es comparar el resultado del masaje perineal como factor preventivo, realizado en todo momento por un fisioterapeuta, siguiendo siempre la misma metodología e intentando así evitar posibles errores de ejecución, con mujeres que no hayan realizado ningún tipo de masaje perineal previo al parto y con mujeres que realizaron masaje perineal previo al parto ellas solas (variando la técnica y frecuencia de ejecución de unas a otras).

HIPÓTESIS

El masaje perineal realizado a partir de la semana 32 de gestación por un fisioterapeuta especializado, previene las lesiones de suelo pélvico directamente relacionadas con el parto.

OBJETIVOS

Principal:

- Valorar la eficacia del masaje perineal realizado en las últimas semanas de gestación por un fisioterapeuta siguiendo una única frecuencia y metodología evitando así posibles errores de ejecución de la técnica.

Secundarios:

- Comparar el masaje perineal realizado siempre por un fisioterapeuta especializado con el masaje perineal realizado por las propias pacientes en sus casas y con no haber realizado ningún tipo de masaje perineal previo al parto.
- Encontrar la prevalencia de las lesiones de suelo pélvico como consecuencia del parto recogidas en la bibliografía.
- Revisar qué métodos preventivos se han utilizado hasta ahora y su eficacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño:

Se trata de un estudio caso-control en el que se ha realizado una encuesta a las participantes del estudio sobre prácticas preventivas realizadas antes del parto y lesiones ocurridas durante y después del parto, comparando de manera retrospectiva la posible relación entre la realización de masaje perineal en el preparto solas o con ayuda de un fisioterapeuta y las lesiones en suelo pélvico en el parto y el postparto.

Los criterios que han tenido que cumplir las participantes del estudio son:

Criterios de inclusión:

- Primer parto vaginal
- Menos de 18 meses desde que ha dado a luz
- No han tenido ninguna patología de suelo pélvico previo al parto

Criterios de exclusión

- Parto por cesárea
- Que no sea el primer parto vaginal
- Que haya pasado más de 18 meses desde que ha dado a luz
- Que hayan tenido alguna patología de suelo pélvico previa al parto

Las mujeres fueron entrevistadas aleatoriamente para el grupo 1 (sin masaje) y para el grupo 3 (masaje solas) y en un centro de fisioterapia especializado en suelo pélvico de Pamplona donde habían realizado el masaje perineal el grupo 2 (masaje realizado por fisioterapeuta). Todas ellas firmaron un consentimiento informado previamente a realizar la encuesta, esta última anónima. El contacto con ellas ha sido por teléfono, en persona o a través de e-mail.

El número inicial de la muestra fue de 77 mujeres. Se desecharon 3 por haber dado a luz mediante cesárea y 3 por no ser el primer parto vía vaginal. Por tanto el número final de la muestra utilizado para el estudio fue de 71 mujeres.

En el grupo 1 (sin masaje) consta de 32 mujeres, que no han realizado masaje perineal antes del parto en las últimas semanas de embarazo ni solas, ni con su pareja, ni con la ayuda de un fisioterapeuta. El grupo 2 (masaje con fisioterapeuta) consta de 20 mujeres. El masaje lo ha realizado en todo momento un fisioterapeuta especializado en uroginecología siguiendo la misma metodología y frecuencia con todas las pacientes. El grupo 3 (masaje solas) consta de 19 mujeres. El masaje lo han realizado en su casa ellas solas, con una frecuencia y metodología diferente según las recomendaciones de sus matronas.



Figura 3. Selección de la muestra

Metodología:

La metodología de la técnica realizada por los fisioterapeutas 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.

Técnica:

La embarazada en decúbito supino, con doble flexión de cadera y rodillas y abducción de miembros inferiores (posición ginecológica). El/la fisioterapeuta experto 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.

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 vagales 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.

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

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.

Los apartados de la encuesta que se tuvieron en cuenta fueron: (se adjunta como Anexo II al final del documento)

- 1) ¿Cuánto tiempo hace que dio a luz (en meses)?
- 2) Edad
- 3) ¿Es el primer parto vaginal?
- 4) ¿Realizó el masaje perineal el último trimestre de embarazo?
- 5) ¿Sola en domicilio o con la ayuda de un fisioterapeuta?
- 6) ¿Cuántas veces por semana lo realizó?
- 7) ¿En qué semana inició?
- 8) ¿Tuvo episiotomía en el parto?
- 9) ¿Tuvo desgarro?
- 10) ¿Qué grado de desgarro?
- 11) ¿Sufre dolor en la cicatriz?
- 12) ¿Tiene problemas de urgencia urinaria cuándo tu vejiga está llena?
- 13) ¿Tiene problemas de incontinencia urinaria?
- 14) ¿Tiene problemas para retener los gases?
- 15) ¿Tiene problemas de urgencia anal?
- 16) ¿Tiene problemas de incontinencia anal?
- 17) ¿Presenta dolor en las relaciones sexuales?

Estadística

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18. El estudio estadístico se llevó a cabo mediante Tablas de Contingencia para establecer la distribución de las diferentes variables.

El coeficiente de contingencia lo hemos utilizado para saber la asociación de las variables.

La chi-cuadrado la hemos utilizado para saber el nivel de significación, es decir, la probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta y por tanto la probabilidad de equivocarnos si rechazamos la hipótesis nula.

RESULTADOS

Las mujeres incluidas en el estudio son mujeres primíparas de entre 18 y 39 años. Las mujeres del grupo 1 (SM) tienen una edad media de 32,03 años, las del grupo 2 (MF) una edad media de 33,8 años y las del grupo 3 (MS) de 31,89 años.

Episiotomía:

Al 31,3% del grupo 1 (SM), no se les ha realizado episiotomía y al 68,8% sí se les ha realizado. Al 65% del grupo 2 (MF) no se les ha realizado episiotomía y al 35% sí. Al 52,6% del grupo 3 (MS) no se les ha realizado episiotomía y al 47,4% sí. Hay mayor número de episiotomías en las mujeres que no han realizado ningún tipo de masaje perineal que las que lo han realizado solas y mayor número en estas últimas que en las que el masaje lo realizó un fisioterapeuta especializado.

- H_0 (Hipótesis nula): no existen diferencias entre realizar masaje por un fisioterapeuta especializado y no realizar masaje.
- H_a (Hipótesis alternativa): Sí existe diferencia entre realizar masaje por un fisioterapeuta y no realizar masaje.

X^2 Pearson= 5,68 \rightarrow P= 0,017 Existe asociación.

Según los estudios estadísticos podemos rechazar la hipótesis nula ya que existen diferencias significativas en cuanto a tener o no episiotomías con masaje realizado por un fisioterapeuta especializado y sin realizar masaje.

El coeficiente de contingencia es: C=0,314 ($>0,30$) por lo que existe una buena asociación entre haber realizado masaje profesional con el número de episiotomías.

No se encontraron diferencias significativas entre la realización de masaje perineal solas en casa y la no realización de ningún tipo de prevención (P= 0,13).

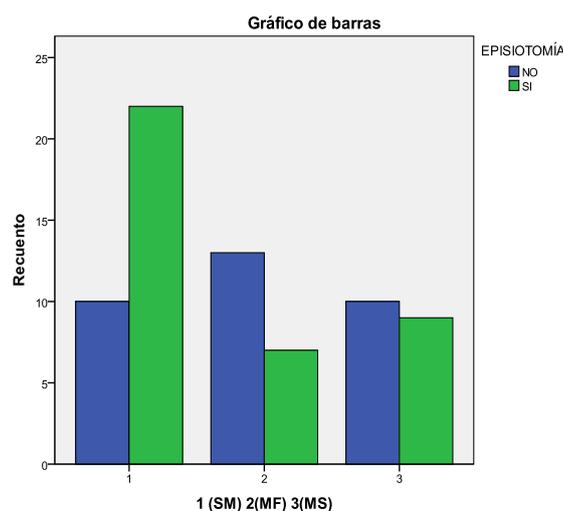


Figura 4. Resultados episiotomía

Desgarro:

El 65,6% de las mujeres del grupo 1 (SM) no sufrió ningún grado de desgarro durante el parto y el 34,4% si lo sufrió. El 60% de las mujeres del grupo 2 (MF) no sufrió ningún grado de desgarro durante el parto y el 40% si lo sufrió. El 63,2% de las mujeres del grupo 3 (MS) no sufrió ningún grado de desgarro durante el parto y el 36,8% si lo sufrió.

Las mujeres que más desgarros sufrieron durante el parto fueron las del grupo 2, las que habían recibido masaje perineal realizado por un fisioterapeuta especializado, seguido de las que realizaron el masaje solas (grupo 3) que sufrieron también mayor número de desgarros que las del grupo 1 que no realizaron ningún tipo de masaje perineal previo al parto.

No se encontraron diferencias significativas entre la realización de algún tipo de intervención preventiva y no realizarla ($P=0,68$)

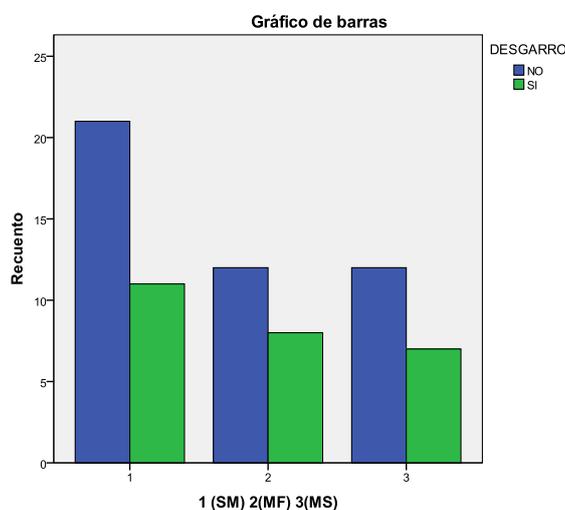


Figura 5. Resultados desgarro.

Grado de desgarro:

El grado de desgarro varía de unos grupos a otros. En el grupo 1 (SM) 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(MF) 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 el grupo 3(MS) el 42,9% de las mujeres que sufrieron desgarro fue de grado 1, el 57,1% fue desgarro grado 2 y no hubo ningún desgarro grado 3. Mediante el análisis del grado de desgarro podemos observar que aunque hay mayor número de desgarros en el grupo 2(MF) la mayoría (87,5%) es de grado 1.

El desgarro grado 1: se produce con mayor frecuencia en mujeres del grupo 2 (MF), que en mujeres del grupo 3 (MS) y en éstas más que en las del grupo 1 (SM).

El desgarro grado 2: se produce con mayor frecuencia en mujeres del grupo 1 (SM), que en mujeres del grupo 3 (MS) y en éstas más que en las del grupo 2 (MF).

El desgarro grado 3: solamente se produce en las mujeres del grupo 1, las cuales no han realizado ningún tipo de intervención.

Al analizar la posible relación entre la realización de masaje perineal con un fisioterapeuta especializado previo al parto y el grado de desgarro tras el parto hemos encontrado:

- H_0 (Hipótesis nula): no existen diferencias entre realizar masaje por un fisioterapeuta especializado y no realizar masaje.
- H_a (Hipótesis alternativa): Sí existe diferencia entre realizar masaje por un fisioterapeuta y no realizar masaje.

X^2 Pearson= 6,796 \rightarrow P= 0,033 Existe asociación.

Según los estudios estadísticos podemos rechazar la hipótesis nula ya que existen diferencias significativas en cuanto al grado de desgarro tras el parto, habiendo realizado masaje con un fisioterapeuta especializado y sin realizar masaje.

El coeficiente de contingencia es: C=0,513 (>0,30) por lo que existe una buena asociación entre haber realizado masaje con el grado de desgarro tras el parto.

No se encontraron diferencias significativas entre la realización de masaje perineal solas en casa y la no realización de ningún tipo de prevención (P= 0,978).

Al comparar los resultados del grado de desgarro tras el parto en las mujeres que habían recibido masaje profesional y las que lo habían realizado solas en sus casas hemos encontrado:

- H_0 (Hipótesis nula): no existen diferencias entre realizar masaje por un fisioterapeuta especializado y realizar masaje perineal solas en casa.
- H_a (Hipótesis alternativa): Sí existe diferencia entre realizar masaje por un fisioterapeuta y realizar el masaje perineal solas en casa.

X^2 Pearson=3,348 \rightarrow P= 0,067 No existe asociación.

Según los estudios estadísticos no podemos rechazar la hipótesis nula ya que no existen diferencias significativas en cuanto al grado de desgarro, habiendo realizado masaje con un fisioterapeuta especializado y realizando el masaje solas en casa.

El coeficiente de contingencia es: C=0,427 (>0,30) por lo que existe una buena asociación entre haber realizado masaje con el grado de desgarro de las pacientes tras el parto.

Aunque existe una asociación porque es diferente de 0, la p nos dice que esa asociación es muy baja, son casi independientes los datos.

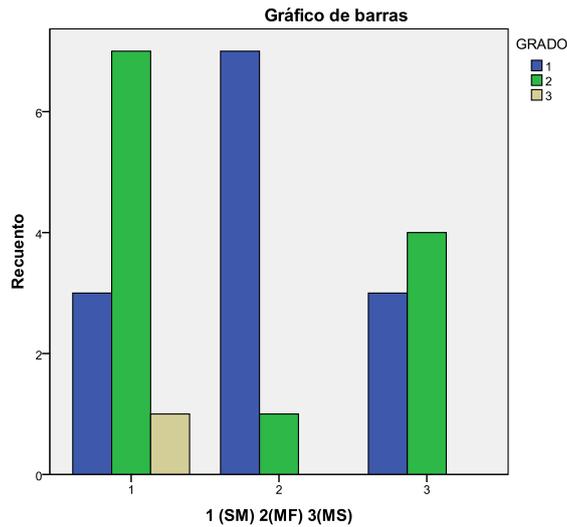


Figura 6. Resultados grado de desgarro.

Dolor en la cicatriz:

El 56,3% de las mujeres del grupo 1 (SM) no refirieron dolor en la cicatriz después del parto y el 43,8% sí. El 70% de las mujeres del grupo 2 (MF) no refirieron dolor en la cicatriz después del parto y el 30% sí. El 73,7% de las mujeres del grupo 3 (MS) no refirieron dolor en la cicatriz después del parto y el 26,3% sí.

El grupo con mayor número de mujeres con dolor tras el parto fue el 1 (SM), seguido por el grupo 2 (MF) y el grupo 3 (MS), estos dos últimos con valores muy parecidos. No se ha realizado la medición del dolor mediante ninguna escala ni en un momento determinado del postparto por lo que es un dato muy subjetivo y difícilmente comparable.

Según los estudios estadísticos no se han encontrado diferencias significativas entre la realización de masaje profesional, individual de las pacientes y no haber realizado tratamiento en relación al dolor de la cicatriz (P=0,32, P=0,21, P=0,79).

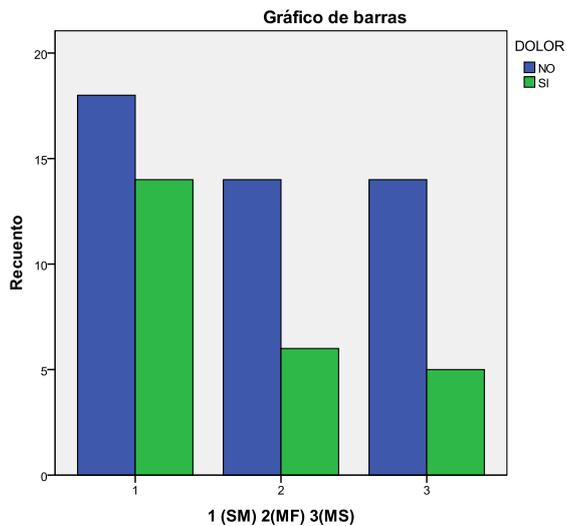


Figura 7. Resultados dolor en la cicatriz.

Urgencia urinaria:

El 84,4% de las mujeres del grupo 1 (SM) dice no haber sufrido urgencia urinaria tras el parto, el 15,6% sí la ha sufrido. El 100% de las mujeres del grupo (MF) dice no haber sufrido urgencia urinaria tras el parto. El 89,5% de las mujeres del grupo 3 (MS) dice no haber sufrido urgencia urinaria tras el parto, el 10,5% sí la ha sufrido.

Existe mayor urgencia urinaria en las mujeres que no han realizado ningún tipo de prevención en el parto seguido de las que han realizado el masaje ellas solas y mayor en estas que en las que el masaje fue realizado por un fisioterapeuta especializado, no encontrando en este estudio ningún caso.

Según los estudios estadísticos no se han encontrado diferencias significativas entre las participantes que recibieron algún tipo de intervención preventiva ya sea por un profesional o por ellas mismas y las que no recibieron ningún tipo de intervención en relación a la urgencia urinaria ($P=0,063$, $P=0,60$, $P=0,13$).

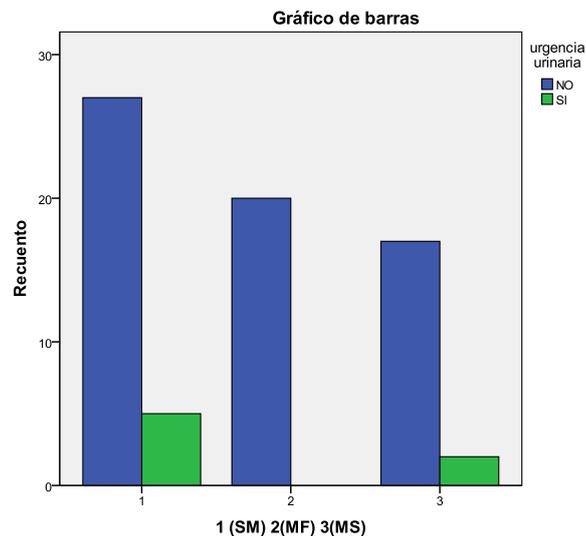


Figura 8. Resultados urgencia urinaria.

Incontinencia urinaria:

El 84,4% de las mujeres del grupo 1 (SM) dice no haber sufrido incontinencia urinaria tras el parto, el 15,6% sí. El 100% de las mujeres del grupo 2 (MF) dice no haber sufrido ningún tipo de incontinencia urinaria después del parto. El 89,5% de las mujeres del grupo 3 (MS) dice no haber sufrido incontinencia urinaria tras el parto, el 10,5% sí.

Existe un mayor número de mujeres con incontinencia urinaria en el grupo 1 en el que las mujeres no habían realizado ningún tipo de masaje perineal que en las del grupo 3 que realizaron el masaje solas y en estas más que en el grupo 2 que realizaron el masaje con la ayuda de un fisioterapeuta, no encontrando ningún caso en este estudio en el grupo 2.

Según los estudios estadísticos no se han encontrado diferencias significativas entre la realización de masaje profesional, individual de las pacientes y no haber realizado tratamiento en relación a la incontinencia urinaria ($P=0,063$, $P=0,60$, $P=0,13$).

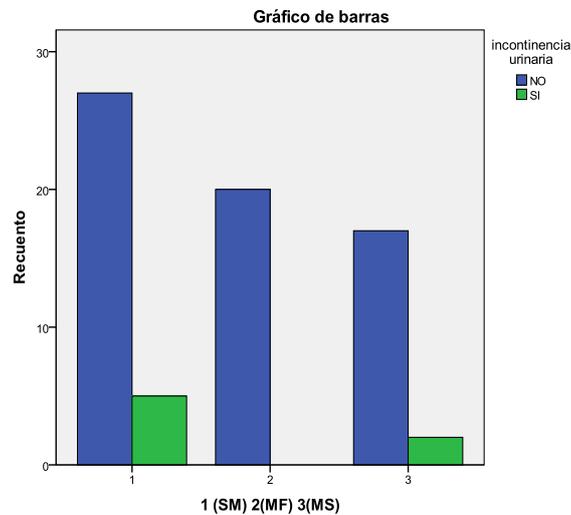


Figura 9. Resultados incontinencia urinaria.

Incontinencia de gases:

El 96,9% de las mujeres del grupo 1 (SM) dice no haber sufrido incontinencia de gases tras el parto, el 3,1% sí. El 100% de las mujeres del grupo 2 (MF) dice no haber sufrido ningún tipo de incontinencia urinaria después del parto. El 100% de las mujeres del grupo 3 (MS) dice no haber sufrido ningún tipo de incontinencia urinaria después del parto.

Existe un mayor número de mujeres que padece incontinencia de gases tras el parto que las que han realizado el masaje perineal ya sea solas o con la ayuda de un fisioterapeuta, no encontrando ningún caso en el grupo 2 y 3 en este estudio.

Según los estudios estadísticos no se han encontrado diferencias significativas entre haber recibido algún tipo de intervención preventiva, ya sea mediante la ayuda de un profesional o ellas mismas y las que no han realizado ninguna intervención en relación a la incontinencia de gases ($P=0,42$).

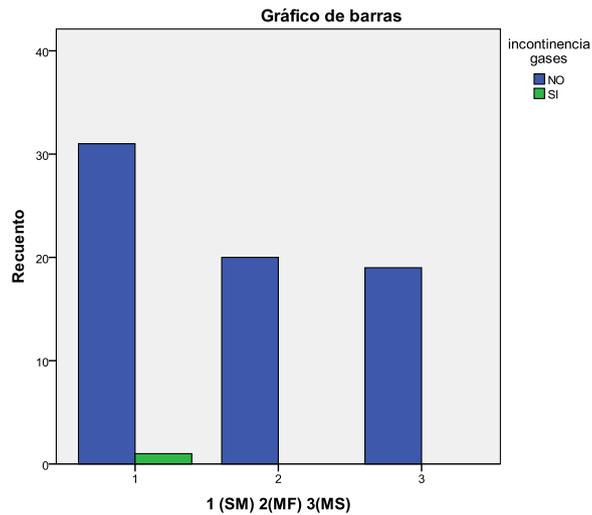


Figura 10. Resultados incontinencia de gases.

Urgencia anal:

El 93,8% de las mujeres del grupo 1 (SM) dice no haber sufrido urgencia anal tras el parto, el 6,3% sí. El 100% de las mujeres del grupo 2 (MF) dice no haber sufrido ningún tipo de urgencia anal después del parto. El 100% de las mujeres del grupo 3 (MS) dice no haber sufrido ningún tipo de urgencia anal después del parto.

Existe un mayor número de mujeres que padece urgencia anal tras el parto que las que han realizado el masaje perineal ya sea solas o con la ayuda de un fisioterapeuta, no encontrando ningún caso en el grupo 2 y 3 en este estudio.

Según los estudios estadísticos no se han encontrado diferencias significativas entre la realización de masaje profesional, individual de las pacientes y no haber realizado tratamiento en relación a la urgencia anal ($P=0,254$).

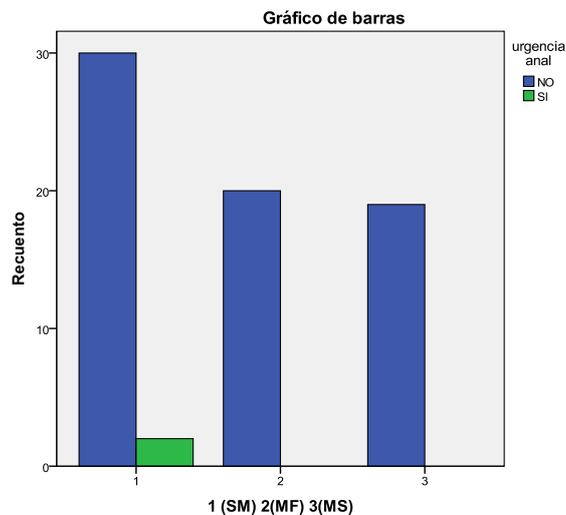


Figura 11. Resultados urgencia anal.

Incontinencia anal:

El 96,9% de las mujeres del grupo 1 (SM) dice no haber sufrido incontinencia anal tras el parto, el 3,1% sí. El 100% de las mujeres del grupo 2 (MF) dice no haber sufrido incontinencia anal después del parto. El 100% de las mujeres del grupo 3 (MS) dice no haber sufrido incontinencia anal después del parto.

Existe un mayor número de mujeres que padece incontinencia anal tras el parto que las que han realizado el masaje perineal ya sea solas o con la ayuda de un fisioterapeuta, no encontrando ningún caso en el grupo 2 y 3 en este estudio.

Según los estudios estadísticos no se han encontrado diferencias significativas entre las participantes que han recibido algún tipo de intervención preventiva y las que no han realizado ningún tipo de intervención en relación a la incontinencia anal ($P=0,42$).

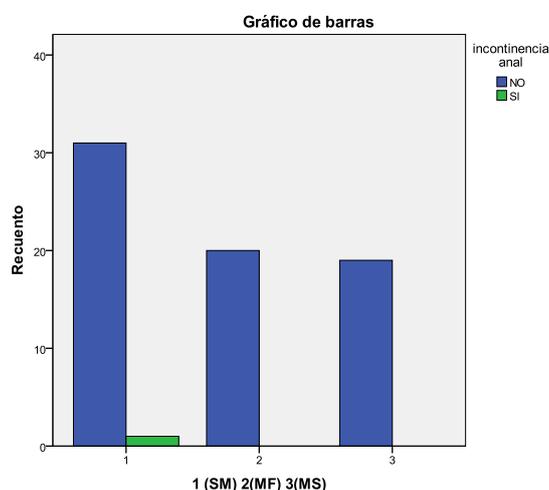


Figura 12. Resultados incontinencia anal.

Dispareunia:

En cuanto a la dispareunia, el 59,4% de las mujeres del grupo 1 (SM) no la padecen después del parto y el 40,6% sí. El 75% de las mujeres del grupo 2 (MF) no sufren dispareunia después del parto y el 25% sí. El 66,2% de las mujeres del grupo 3 (MS) no refieren dispareunia y el 33,8% sí.

El porcentaje de mujeres que sufre dolor en las relaciones sexuales después del parto es mayor en el grupo en el que las participantes no han recibido ningún tipo de intervención preventiva que en el grupo que han realizado la prevención ellas mismas. El grupo en el que el porcentaje de mujeres que sufren dolor en las relaciones sexuales después del parto es aquel en el que las participantes recibieron la intervención preventiva de un fisioterapeuta especializado.

En la dispareunia al igual que en el dolor en la cicatriz, no se ha utilizado ninguna escala ni se han realizado todas las medidas en un momento determinado del postparto, por tanto sigue siendo un valor muy subjetivo y difícil de comparar entre los grupos.

Según los estudios estadísticos no se encuentran diferencias significativas entre la realización de masaje profesional, individual de las pacientes y no haber realizado tratamiento en relación a la dispareunia ($P=0,249$, $P=518$, $P=648$).

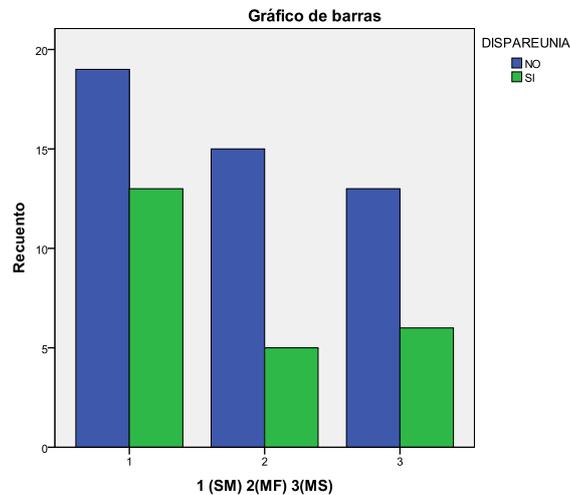


Figura 13. Resultados dispareunia.

Mujeres con periné intacto tras el parto:

Al evaluar el número de mujeres con periné intacto tras el parto, es decir, que no se les ha realizado episiotomía, que no han sufrido desgarro, ni ninguna disfunción del suelo pélvico (dolor en la cicatriz, dispareunia, urgencia urinaria, incontinencia urinaria, incontinencia de gases, urgencia anal e incontinencia anal) los resultados obtenidos han sido: El 93,8% de las mujeres del grupo 1 (SM) sufrieron algún tipo de lesión del suelo pélvico como consecuencia del parto y el 6,3% tuvieron el periné intacto tras el parto, es decir, no sufrieron ningún tipo de lesión. El 70% de las mujeres del grupo 2 (MF) sufrieron algún tipo de lesión del suelo pélvico como consecuencia del parto y el 30% tuvieron el periné intacto tras el parto. El 94,7% de las mujeres del grupo 2 (MF) sufrieron algún tipo de lesión del suelo pélvico como consecuencia del parto y el 5,3% tuvieron el periné intacto tras el parto.

Podemos comprobar que el grupo con menor número de lesiones a consecuencia del parto fue el grupo 2, es decir, a las que les había realizado el masaje perineal un fisioterapeuta especializado siguiendo siempre la misma técnica y metodología, a diferencia que las del grupo 1 (SM) y las del grupo 3 (MS) con datos sobre la lesión muy similares.

- H_0 (Hipótesis nula): no existen diferencias entre realizar masaje por un fisioterapeuta especializado y no realizar masaje.
- H_a (Hipótesis alternativa): Sí existe diferencia entre realizar masaje por un fisioterapeuta y no realizar masaje.

X^2 Pearson= 5,33 \rightarrow $P= 0,021$ Existe asociación.

Según los estudios estadísticos podemos rechazar la hipótesis nula ya que existen diferencias significativas en cuanto a tener o no el periné intacto tras el parto, habiendo realizado masaje con un fisioterapeuta especializado y sin realizar masaje.

El coeficiente de contingencia es: $C=0,305$ ($>0,30$) por lo que existe una buena asociación entre haber realizado masaje con el número de pacientes con el periné intacto tras el parto.

No se encontraron diferencias significativas entre la realización de masaje perineal solas en casa y la no realización de ningún tipo de prevención ($P= 0,88$).

Al comparar los resultados de periné intacto tras el parto en las mujeres que habían recibido masaje profesional y las que lo habían realizado solas en sus casas hemos encontrado:

- H_0 (Hipótesis nula): no existen diferencias entre realizar masaje por un fisioterapeuta especializado y realizar masaje perineal solas en casa.
- H_a (Hipótesis alternativa): Sí existe diferencia entre realizar masaje por un fisioterapeuta y realizar el masaje perineal solas en casa.

X^2 Pearson= $4,048 \rightarrow P= 0,044$ Existe asociación.

Según los estudios estadísticos podemos rechazar la hipótesis nula ya que existen diferencias significativas en cuanto a tener o no el periné intacto tras el parto, habiendo realizado masaje con un fisioterapeuta especializado y realizando el masaje solas en casa.

El coeficiente de contingencia es: $C=0,307$ ($>0,30$) por lo que existe una buena asociación entre haber realizado masaje con el número de pacientes con el periné intacto tras el parto.

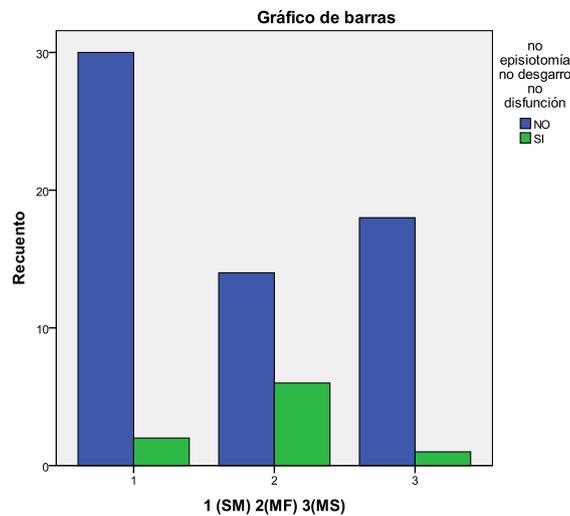


Figura 14. Resultados periné intacto.

Tabla 1. Resultados

		GRUPO1	GRUPO2	GRUPO3
EPISIOTOMÍA		68,8%	35%	47,4%
DESGARRO		34,4%	40%	36,8%
GRADO DE DESGARRO	1	27,7%	87,5%	42,9%
	2	63,6%	12,5%	57,1%
	3	9,1%	0%	0%
DOLOR CICATRIZ		43,8%	30%	26,3%
URGENCIA URINARIA		15,6%	0%	10,5%
INCONTINENCIA URINARIA		15,6%	0%	10,5%
INCONTINENCIA DE GASES		3,1%	0%	0%
URGENCIA ANAL		6,3%	0%	0%
INCONTINENCIA ANAL		3,1%	0%	0%
DISPAREUNIA		40,5%	25%	33,8%
PERINÉ INTACTO		6,3%	30%	5,3%

DISCUSIÓN

Episiotomía:

En España, la media de utilización de la episiotomía en partos que no son instrumentales alcanza el 50%. Es un 70% superior a la cifra que se postula como estándar (30%); asimismo es un 150% superior a la tasa de episiotomía en EE. UU. (20%) [8]. Comparando con nuestros resultados en el grupo de las participantes a las que no se realizó ninguna intervención preventiva previa al parto les fue practicada una episiotomía un 68,8%, siendo mayor esta proporción que la media nacional.

Al analizar la posible relación entre la realización de masaje perineal con un fisioterapeuta especializado previo al parto y la reducción de episiotomías hemos encontrado que existe una asociación positiva con una $P= 0,017$ y, por tanto hay una menor incidencia de episiotomías frente al grupo que no se le realizó ningún tipo de masaje.

Estos datos encontrados en nuestro estudio apoyan lo que se ha encontrado en la bibliografía. Otro estudio, que asignó al azar a 20 mujeres a un grupo de masaje o sin masaje, concluyó que las mujeres que practicaron el masaje tuvieron una menor incidencia de episiotomía y los desgarros que aquellas que no lo hicieron [26,33]. Un estudio posterior comparó 29 mujeres que practicaron masaje perineal con un grupo control de 26 mujeres. Los autores concluyeron que había una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, con menos episiotomías realizadas en el grupo de masaje. Sin embargo, ambas muestras eran pequeñas y no se limitaron a las mujeres nulíparas [27,33].

Periné intacto tras el parto:

En la bibliografía revisada encontramos que el 85% de las mujeres que tienen partos vaginales sufren algún tipo de trauma perineal [10] y que más de dos tercios de estas mujeres requieren una reparación de la lesión con una sutura [11]. En este caso en nuestro estudio el 93,8% de las mujeres que no realizaron ningún tipo de prevención previo al parto sufrieron algún tipo de trauma perineal, siendo esta proporción mayor a lo encontrado en la literatura.

Al analizar la posible relación entre la realización de masaje perineal con un fisioterapeuta especializado previo al parto y la presencia de periné intacto tras el parto hemos encontrado que existe una asociación positiva con una $P= 0,021$ y, por tanto hay mayor incidencia de mujeres sin lesiones del periné asociadas al parto frente al grupo que no se le realizó ningún tipo de masaje. Los resultados obtenidos se añaden a los buenos resultados encontrados en la bibliografía. En una revisión bibliográfica reciente (Beckmann 2013) también se encontró una buena asociación entre la realización de masaje perineal y el mantenimiento del periné intacto tras el parto, encontrando ellos una reducción del 9% en la incidencia de lesiones que requieren sutura [3].

No se encontraron diferencias significativas entre la realización de masaje perineal solas en casa y la no realización de ningún tipo de prevención ($P= 0,88$).

Al comparar los resultados de periné intacto tras el parto en las mujeres que habían recibido masaje profesional y las que lo habían realizado solas en sus casas hemos encontrado que existe una asociación positiva con una $P= 0,044$ y, por tanto hay mayor incidencia de mujeres sin lesiones del periné asociadas al parto frente al grupo que realizaron el masaje perineal solas en casa.

Desgarro:

No existe diferencia significativa entre la realización de masaje con un fisioterapeuta especializado, realizarlo solas en casa o no realizar ningún tipo de masaje en relación al número de desgarros ($P= 0,682$, $P= 0,859$, $P= 0,839$). Sin embargo sí que existe esa diferencia en relación al grado de desgarro.

Grado de desgarro:

Al analizar la posible relación entre la realización de masaje perineal con un fisioterapeuta especializado previo al parto y el grado de desgarro tras el parto hemos encontrado que existe una asociación positiva con una $P= 0,033$ y, por tanto hay mayor incidencia de grados mayores de desgarro en relación a las participantes que no han realizado ningún tipo de intervención preventiva.

No se encontraron diferencias significativas entre la realización de masaje perineal solas en casa y la no realización de ningún tipo de prevención ($P= 0,978$).

Es importante señalar que en el grupo 2(MF) 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. Aunque sea el grupo en el que más número de desgarros encontramos, podemos observar que la mayoría de estos desgarros es de grado 1, es decir, afecta a la horquilla vulvar, piel perineal y mucosa vaginal, lo que permite una mayor y más fácil cicatrización, ya que no incluye ni fascia ni musculatura. Esto sería una buena señal, aunque hay mayor número de lesiones, se podrían considerar “menores”, en las que la recuperación posterior será mucho más sencilla.

Dolor en la cicatriz y dispareunia:

Por el contrario, aunque hay un ligero número mayor de mujeres que sufren dolor en las relaciones sexuales y la cicatriz después del parto entre las que no han realizado ningún tipo de masaje perineal antes del parto, que las que lo han realizado solas y estas más que las que han realizado el masaje perineal con la ayuda de un fisioterapeuta, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la presencia de dolor en la cicatriz o dispareunia.

Existen diferencias entre la bibliografía revisada y lo encontrado en el estudio ya que según Glazener (1995) y McCandlish (1998) de las mujeres que sufren trauma perineal, un 40% refieren dolor en las primeras dos semanas del postparto, más de un 20%

manteniéndose el dolor a las ocho semanas [14], y entre el 7 y el 9 % refieren dolor a los tres meses [10]. Y según Barrett (2000) y Sleep (1987) el 60% de las mujeres refieren dispareunia tres meses después de un parto vaginal, el 30% a los seis meses [15] y un 15% siguen teniendo relaciones dolorosas tres años después [16].

En nuestro caso, nuestros resultados no son significativos y no pueden compararse con la bibliografía debido a la falta de escalas y sobre todo de la medición del dolor en un momento concreto del postparto para comparar los resultados entre las diferentes pacientes.

Urgencia urinaria, Incontinencia urinaria, incontinencia de gases, urgencia anal e incontinencia anal:

Existe un ligero mayor número de mujeres con incontinencia urinaria y urgencia urinaria en el grupo 1 en el que las mujeres no habían realizado ningún tipo de masaje perineal que en las del grupo 3 que realizaron el masaje solas y en estas más que en el grupo 2 que realizaron el masaje con la ayuda de un fisioterapeuta, no encontrando ningún caso en este estudio en el grupo 2.

Existe un ligero mayor número de mujeres que padece incontinencia de gases, incontinencia anal y urgencia anal tras el parto que las que han realizado el masaje perineal ya sea solas o con la ayuda de un fisioterapeuta, no encontrando ningún caso en el grupo 2 y 3 en este estudio.

Al igual que en la bibliografía revisada en la que se identifican lesiones del esfínter o mucosa anal tras un 3% - 4% de los partos vaginales, señalando, que un tercio de esas mujeres que se evalúan, sufrirá algún grado de incontinencia fecal (de leve a grave) después de la reparación primaria [17], en nuestro estudio encontramos que en los grupos en los que no se realiza ningún tipo de prevención encontramos 3,1 % con incontinencia de gases y anal y un 6,3% con urgencia anal.

Aun así, en los estudios estadísticos, no se han encontrado diferencias significativas entre los dos tipos de prevención y la no prevención en relación al número de mujeres que sufrieron estos tipos de disfunciones del suelo pélvico en el postparto (urgencia urinaria, Incontinencia urinaria, incontinencia de gases, urgencia anal e incontinencia anal). En la revisión bibliográfica publicado por Cochrane (2013) tampoco encontraron diferencias significativas en ninguna de estas variables [3].

Técnica del masaje:

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.

Limitaciones:

La medición del dolor tanto en la cicatriz como en las relaciones sexuales ha sido realizada de forma demasiado subjetiva ya que no se han valorado mediante ninguna escala ni en un momento determinado del postparto igual para todos los casos. De cara a ampliar el estudio a una muestra importante de mujeres habría que tener en cuenta estos parámetros. El dolor, aun así, sigue siendo un parámetro difícil de comparar y de medir ya que es algo que percibimos de forma diferente cada individuo. Al mismo tiempo, desde mi punto de vista, las mujeres que han realizado la preparación al parto y tienen más consciencia de su suelo pélvico y su periné por tanto podrían estar más pendientes de sensaciones diferentes o dolorosas en el postparto.

El tamaño de la muestra es demasiado pequeño para generalizar los resultados. Sería conveniente ampliar el estudio utilizando un tamaño de muestra mayor ya que puede haber sesgos de selección quedando parte de la población con características similares fuera del estudio.

En un estudio posterior podría tenerse en cuenta el tiempo de recuperación posterior que ha sido necesario para cada lesión, comprobando la prevalencia de los diferentes traumas perineales.

Una posible limitación del estudio es la falta de enmascaramiento. Las pacientes conocen si han realizado o no el tratamiento previo al parto y puede influir en la realización o no de episiotomía si el paciente informa en el momento del parto sobre esta preparación. La limitación de la realización de episiotomías podría asociarse con un mayor número de desgarros influyendo en los resultados.

CONCLUSIONES

1. El parto vaginal produce sobreestiramiento de las estructuras blandas del suelo pélvico (tejido muscular, ligamentoso, fascial y nervioso), pudiendo producir lesiones en dichos tejidos.
2. La morbilidad del suelo pélvico en el postparto a corto, medio y largo plazo, está asociada al parto vaginal: dolor, dispereunia y disfunción perineal.
3. El beneficio del masaje perineal prenatal es más importante en mujeres primíparas.
4. El masaje perineal prenatal, practicado en las últimas semanas de embarazo, provoca una reducción del trauma perineal. El beneficio del masaje perineal es significativo si lo realiza un fisioterapeuta especializado, a partir de la semana 32 siguiendo la técnica y frecuencia adecuada.
5. El masaje perineal realizado por las mujeres de forma autónoma, en sus casas no presenta diferencias significativas con la no realización de ningún tipo de prevención y por tanto no implica beneficios en la reducción de las disfunciones perineales asociadas al parto.
6. Para evitar en lo posible el trauma perineal es necesario que, durante el parto, se respeten “los tiempos”, postura y pujo adecuados, la relajación perineal y una contención/protección del periné posterior en el expulsivo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Ana Insausti Serrano por la dirección y supervisión del trabajo de fin de grado por su apoyo y asesoramiento ya que me ha proporcionado con sus conocimientos una importante fuente de aprendizaje.

Agradezco a María Medrano y Diana Ubis por su asistencia externa, por permitir encuestar a las pacientes que habían realizado el masaje perineal previo al parto en su consulta especializada en uroginecología (Pelvia) en Pamplona y por facilitar la asistencia a varios tratamientos preparto para conocer mejor la técnica.

Agradezco a Paula Camelia Trandafir por su asistencia en los análisis estadísticos del estudio y su disposición para ayudarme en mi trabajo.

Agradezco a todas las participantes en el estudio por facilitar sus datos personales en las encuestas y por la gran aceptación y amplia y rápida respuesta y al mismo tiempo a todas aquellas personas que me han puesto en contacto con las mujeres a entrevistar.

REFERENCIAS

1. Richard L. Drake.; Wayne Vogl.; Adam WM; Mitchell. GRAY Anatomía para estudiantes. Traducido por Ángel Peña Melián y Juliana Pérez de Miguelsanz. 2005.
2. Moore KL, Dalley AF, Agur AM. Anatomía con orientación clínica. : Ed. Medica Panamericana; 2007.
3. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No: CD005123. DOI: 10.1002/14651858. CD005123.pub 3.
4. Kettle C. Perineal Tears. London: Nursing Times Books, 1999.
5. Kettle C. Perineal care. *Clin Evid* 1999; 2: 522-32.
6. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* 2009; Issue 1 DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
7. Labreque M, Eason E, Marcoux S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 593-600.
8. DeFrances CJ. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD 20782, USA .
9. Alperin M, Krohn M, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetrics laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111:1274-8.
10. McCandlish R, Bowler U, van Asten H, et al. A randomized controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1262-72
11. Kalichman L. Perineal Massage to Prevent Perineal Trauma in Childbirth. *IMAJ* 2008; 10:531-533
12. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 1999;26(1): 11-7.
13. Klein MC, Gauthier RJ, Robbing JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171 (3): 591-8.
14. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995;102(4): 282-7.
15. Barrett G, Pendry E, Peacock, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2000; 107(2): 186-95.
16. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *BMJ* 1987; 295(6601):749-51.
17. Sultan AH, Thakar R, Lower genital tract and anal sphincter trauma. Best Practice and Research, *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2002; 16(1): 99-115.
18. Sultan AH, kamm MA, Hudson CN. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *New England Journal of Medicine* 1993; 329:1905-11.

19. Martínez Bustelo S., Ferri Morales A., Patiño Núñez S., Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia* 2004; 26(5):266-80
20. Mayerhofer K, Bodner- Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1.076 women. *Journal of Reproductive Medicine* 2002; 47 (6): 477-82.
21. Johanson RB, Menor BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 2. [DOI: 10.1002/14651858.CD000224].
22. Parnell C, Langhoff-Roos J, Iverson R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labour. A randomised trial. *Acta obstetrician et Gynecologica Scandinavica* 1993; 72(1): 31-5.
23. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. [DOI: 10.1002/14651858. CD002006.pub2]
24. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *BMJ* 2001; 322(7297):1277-80
25. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108: 499-504
26. Avery MD, Burket BA. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration in a nurse-midwifery service. *J Nurse Midwifery* 1986;31: 128-34
27. Avery MD, Van Arsdale L. Perineal massage. Effect on the incidence of episiotomy and laceration in a nulliparous population. *J Nurse Midwifery* 1987;32: 181-4
28. Davidson K, Jacoby S, Brown MS. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000 Sep-Oct;29(5):474-479.
29. Eogan M, Daly L, O'Herlihy C. The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19:225-9.
30. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 787-91
31. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, et al, eds. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. *Oxford University Press*, 2000.
32. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *BMJ* 2001; 322: 1277-80
33. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth* 1998;25:143-60.

ANEXO 1

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dña....., deaños de edad y con DNI nº..... manifiesta que ha sido informada sobre el uso de sus datos personales para cubrir los objetivos del trabajo de fin de grado titulado “*Masaje perineal en el parto como prevención de disfunciones del suelo pélvico en el postparto*” a realizar por el alumno de 4º curso de Fisioterapia en la Universidad Pública de Navarra *Amaia Esparza Zárate* con el fin de valorar los resultados sobre el efecto del masaje perineal como prevención de posibles lesiones en el parto.

He sido informada del uso de mis datos personales dentro del ámbito académico.

He sido también informada del lugar de publicación de estos y que serán protegidos y utilizados exclusivamente para el proyecto que se llevará a cabo en la universidad que deberá estar sometido con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta toma de datos tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Pamplona, a.... De..... De 2014

Fdo. Dña.

ANEXO 2

ENCUESTA TRABAJO FIN DE GRADO “Efectos del masaje perineal en el parto como prevención de disfunciones del suelo pélvico en el postparto”

- Edad
- ¿Cuánto tiempo hace que dio a luz?
- ¿Es el primer parto vaginal? SI / NO
- ¿Realizó el masaje perineal el último trimestre de embarazo? SI / NO
- ¿Sola en domicilio o con la ayuda de un fisioterapeuta? Sola / Fisioterapeuta
- ¿Cuántas veces por semana lo realizó? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7
- ¿En qué semana inició el masaje?
- ¿Tuvo episiotomía en el parto? SI / NO
- ¿Tuvo desgarro? SI / NO
- ¿Qué grado de desgarro? 1º / 2º / 3º / 4º grado
- ¿Sufre dolor en la cicatriz? SI / NO
- ¿Tiene problemas de urgencia* urinaria cuándo tu vejiga está llena? SI / NO
- ¿Tiene problemas de incontinencia* urinaria? SI / NO
- ¿Tiene problemas para retener los gases? SI / NO
- ¿Tiene problemas de urgencia* anal? SI / NO
- ¿Tiene problemas de incontinencia* anal? SI / NO
- ¿Presenta dolor en las relaciones sexuales? SI / NO

*Urgencia: sensación de no poder aguantar

Incontinencia: pérdidas involuntarias