



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL CENTRAL NORTE PEMEX

---

---

**CORRELACIÓN CLÍNICA ENTRE LAS LACERACIONES PERINEALES Y  
EL MANEJO CON MASAJE PERINEAL A PARTIR DE LA SEMANA 34  
COMO MEDIDA PREVENTIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL  
CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS DE MARZO 2021 A  
FEBRERO 2022**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
***DIANA CAROLINA RAZO JIMÉNEZ***

TUTOR:  
MARÍA CRISTINA JUÁREZ CABRERA

ASESOR DE TESIS:  
MARITZA LANDERO GONZÁLEZ

CIUDAD DE MÉXICO A 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2022





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNAM – Dirección General  
de Bibliotecas Tesis Digitales  
Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DR. LUIS RAUL LOPEZ CONDE CARRO**

DIRECTOR  
HOSPITAL CENTRAL NORTE  
DE PETRÓLEOS MEXICANOS

---

**DRA. ADRIANA ELENA JAIMES GONZALEZ**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

**DRA. MARÍA CRISTINA JUAREZ CABRERA**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
JEFA DE SERVICIO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE  
DE PETRÓLEOS MEXICANOS

---

**DRA. MARITZA LANDERO GONZALEZ**

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS  
ASESOR DE TESIS

---

## DEDICATORIA

*Este trabajo se lo dedico principalmente a la persona que me educó con la convicción de ser siempre un poco más amable, un poco más paciente, un poco más humano. Quien creyó en mí desde siempre y no hubo un solo día de su vida que no me inspirara a soñar. De aquí al cielo, te amo.*

*En segundo lugar, se lo dedico a la persona, que posterior a la inspiración correcta ha invertido, tiempo, dinero y esfuerzo para que el sueño por fin se cumpliera y no cabe duda que sin ella nada de esto hubiera podido ser posible.*

## AGRADECIMIENTOS

*Amar a quien se dedica al sector salud no es tarea sencilla, a veces vivimos muy de prisa, nuestra vida se divide en pre guardia, guardia y post guardia, vivimos la mayoría del tiempo cansados, olvidamos eventos o fechas importantes, nos exigimos perfección y cuando fallamos somos expertos en juzgarnos severamente, no nos gusta equivocarnos y no por ser egocéntricos, si no por que sabemos que al final del día una mala decisión no impacta directamente en nosotros, si no en quien ha confiado en nosotros en su momento más vulnerable que es la enfermedad, cuando hemos perdido a un paciente no es algo fácil de asimilar, esa perdida se vuelve tan personal que muchas veces no sabemos cómo manejarlo. Es verdad talvez vivimos muchas cosas a lo largo de nuestra carrera, talvez muchas veces nos hemos sentido perdidos pero agradezco el nunca haber estado sola, agradezco el tener a mi familia que jamás han dejado de apoyarme en cada decisión que he tomado, agradezco el tener siempre una palabra cálida preguntándome que en que te ayudo, agradezco ese compañero de guardia que te sacaba una sonrisa por más estrés que se manejara, agradezco ese amigo que lloro junto a mí al perder a un paciente, agradezco a ese profesor que siempre me dio sus consejos de vida, tratando de evitar que yo tuviera que pasar por ese camino amargo, agradezco a ese medico adscrito que me dejo operar por primera vez, dándome la confianza al decir cualquier cosa yo voy a estar ahí para resolverlo, agradezco a ese médico que se detuvo un momento a mi lado al verme perdida y me dijo tu vienes de tras de mi es mi trabajo guiarte, ese medico que te saco una sonrisa después de un día difícil, agradezco al médico me grito en quirófano pero al final me dijo bien hecho tengo esperanza en ti, agradezco a ese residente que de ser solo mi superior, se convirtió en mi amigo y ahora es parte de mi familia, quien siempre está a mi lado para motivarme en los días más sombríos, quien es parte fundamental no solo de mi crecimiento profesional, si no a nivel personal, agradezco a esa paciente que deposito su confianza en mí, esa paciente que me encontró en el pasillo y de la nada me hizo sentir que este trabajo vale la pena, agradezco a esas*

*personas que han orado por mí, por todo eso y más agradezco a cada una de las personas que han impactado directa o indirectamente en mi vida para que hoy por hoy sea lo que soy y espero de una forma u otra corresponder al gran favor que la vida me hizo al ponerlas en mi camino. Gracias hoy y siempre.*

## Índice

I.	<i>Introducción.....</i>	<i>8</i>
II.	<i>Marco teórico.....</i>	<i>9-10</i>
III.	<i>Planteamiento del problema.....</i>	<i>10-11</i>
IV.	<i>Justificación.....</i>	<i>11</i>
V.	<i>Hipótesis.....</i>	<i>12</i>
VI.	<i>Objetivos.....</i>	<i>12-13</i>
	<i>-Generales</i>	
	<i>-Específicos</i>	
VII.	<i>Proceso metodológico.....</i>	<i>13-16</i>
	<i>Universo de trabajo</i>	
	<i>Variables</i>	
	<i>Límite de tiempo y espacio</i>	
	<i>Criterios de inclusión</i>	
	<i>Criterios de exclusión</i>	
	<i>Tamaño de la muestra</i>	
	<i>Tipo de estudio</i>	
	<i>Metodología de medición</i>	
	<i>Recursos materiales</i>	
VIII.	<i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>17</i>
IX.	<i>Método.....</i>	<i>17</i>
X.	<i>Resultados.....</i>	<i>17-25</i>
XI.	<i>Discusión.....</i>	<i>25</i>
XII.	<i>Conclusión.....</i>	<i>26</i>
XIII.	<i>Propuesta.....</i>	<i>27</i>
XIV.	<i>Referencias bibliográficas.....</i>	<i>28-29</i>



## I. INTRODUCCIÓN

El traumatismo en el cuerpo perineal es común durante el parto vaginal. La reparación del periné, posterior a un desgarro o episiotomía es una práctica quirúrgica más frecuente en obstetricia. Las pacientes que lo sufren pueden presentar dolor perineal postparto o secuelas a largo plazo (dolor crónico, dispareunia e incontinencia urinaria o fecal). (14,16)

El masaje perineal supone la prevención y la reducción de la morbilidad asociada al parto. Está indicado realizar a partir de la semana 32-34 de gestación tanto en nulíparas y multíparas. Para realizar dicho masaje se sugiere, vejiga vacía, aseo de manos, lugar cómodo, posición semisentada, uso de lubricantes. Se introducen los dos dedos pulgares en la vagina 2-3 centímetros aproximadamente, con ligera presión hacia el ano, realizando un suave movimiento de balanceo como el de las agujas del reloj (9 a las 3 horarias, ida y vuelta), con presión hacia el ano y hacia afuera al mismo tiempo, durante 2-3 minutos. Dicho masaje se recomienda antes de parto ya que puede aumentar la flexibilidad de los músculos perineales y, disminuir la resistencia muscular (7,15), impactando de manera positiva al reducir el trauma perineal, así como reducción de costos institucionales al generar menor uso de suturas, medicamentos y analgésicos.





**Periné**

Es un conjunto de músculos, fibras y tejido conectivo que sostiene las vísceras abdominales y en el embarazo al feto y placenta.

Durante la salida de la cabeza del recién nacido estos tejidos se distienden en función del tamaño de la cabeza del feto, pero si carecen de la elasticidad suficiente que se impidan el nacimiento, se podrían generar desgarros o el obstetra tendrá que intervenir realizando una incisión para ampliar la apertura vaginal lo que conocemos como episiotomía.

**Las repercusiones tras el parto...**

Estos traumatismos pueden provocar mayor dolor en las primeras 6 semanas, retraso de las relaciones sexuales y dolor durante las relaciones sexuales hasta en un 60% los tres primeros meses.

**¿Qué beneficios da el masaje perineal en el embarazo?**

- ✓ Reduce la posibilidad de traumatismos perineales tras el parto.
- ✓ Aumenta la elasticidad de los tejidos y músculos perineales, disminuye la resistencia, por lo tanto, favorece la distensión de los tejidos con el paso de bebé.
- ✓ Promueve el reconocimiento su propio cuerpo.
- ✓ No presenta efectos secundarios nocivos ni para la madre ni para el recién nacido.
- ✓ No tiene costos económicos, únicamente la obtención del aceite.
- ✓ Puede realizar en casa de manera autónoma o con su pareja.

**Aspectos importantes**

Iniciar el masaje entre las semanas 32-34, dos veces por semana es suficiente para obtener los beneficios deseados.


**Antes de empezar...**

- Higiene de manos y uñas
- Tener la vejiga vacía antes de empezar.
- Utilizar un espejo para la técnica o que te lo realice tu pareja siempre que sea posible.
- Realizar después de la ducha o aplicar calor húmedo con una toalla ya que el calor favorece la elongación de las fibras musculares.
- Colócate en una postura cómoda que facilite el acceso al periné y puedas mantener durante unos minutos.
- Aplícate en la yema de los dedos algún aceite o crema natural como la rosa de mosqueta.
- Evitar la manipulación de la uretra.
- Realiza el masaje alrededor de 5 minutos

Si el masaje te lo hace a ti misma, usa los pulgares, si lo realiza tu pareja los dedos utilizados serán el índice y medio.

**Contraindicaciones**

- Mujeres con infecciones vaginales o de oído, presentes o recurrentes.
- Varices vulvares.
- Placenta previa.
- Rotura prematura de membranas.
- Cesárea programada.
- Amenaza de parto ~~prematuro~~.



Tríptico informativo, para capacitación de las pacientes derechohabientes del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe correlación clínica entre el manejo con masaje perineal y la disminución en el riesgo de laceraciones perineales en pacientes del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos de marzo 2021 a febrero 2022?

La resolución del embarazo por vía vaginal se asocia con la posibilidad de sufrir algún tipo de laceración perineales, por lo tanto, la reparación del periné es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia. Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el parto vaginal (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70%, precisan sutura. (15,16)

Las laceraciones perineales se clasifican de la siguiente forma: 1. Laceración de primer grado: afectan a la piel y mucosa vaginal. 2. Laceración de segundo grado: afectan a la musculatura excluyendo el esfínter anal. 3. Laceración de tercer grado (clasificación de Sultan): A: menos del 50% del espesor del esfínter anal externo, B: lesión del 50% o más del espesor del EAS, C:

lesión que afecta al EAS y al esfínter anal interno (EAI), 4. Laceración de cuarto grado: desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal. (14)

La morbilidad asociada a las laceraciones perineales es un problema de salud ya que se estima que más del 91 % de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta 8 semanas después del parto, estos síntomas pueden incluir desde hemorragias, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fistulas, dispareunia y a largo plazo prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal. Esta última en relación con las laceraciones grado 3c que presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. Sabemos que la prevalencia de incontinencia fecal aumenta si el desgarro afecta al EAE y el EAI, en comparación con los que sólo afectan al EAE. (14,15,16)

Por lo tanto, este estudio pretende estudiar y concluir de una manera objetiva la importancia de realizar masaje perineal como medida preventiva de las laceraciones perineales y así mismo poder disminuir la morbimortalidad asociada.

## **IV. JUSTIFICACIÓN**

### **Epidemiológica**

Los embarazos que se resuelven por vía vaginal son un factor determinante para la disfunción del piso pélvico ya que puede dañar las estructuras de soporte del piso pélvico por traumatismo directo, distensión de la musculatura pelviana o lesión distal de los nervios pelvianos. Las secuelas más graves que pueden afectar hasta un tercio de las mujeres, incluyen la incontinencia urinaria y/o incontinencia fecal y el prolapso pélvico. En relación con el dolor o el malestar perineal, son frecuentes y es posible que afecten el funcionamiento sexual normal. Después del parto vaginal, la dispareunia es referida por el 60% de las mujeres a los 3 meses, el 30% a los 6 meses y un 15% de las mujeres todavía experimenta sexo doloroso hasta 3 años más tarde. Por lo que el masaje perineal es una técnica imprescindible para el cuidado integral de la mujer.

### **Práctica clínica**

A nivel mundial y nacional el traumatismo del piso pélvico, supone un aumento en el presupuesto de salud para el manejo de las diferentes secuelas tanto a corto, mediano o largo plazo, por tal motivo cobra gran importancia cualquier herramienta como el masaje perineal que sea de bajo costo y reproducible como el masaje perineal que puede ser utilizada para disminuir dichas secuelas.

## **Académica**

Aportar al Servicio de ginecología del sistema de salud institucional una técnica preventiva para evitar o disminuir el traumatismo perineal en las resoluciones de embarazo vía vaginal.

### **V. HIPOTESIS**

¿El masaje perineal a partir de la semana 34 disminuye el riesgo de laceraciones perineales al momento de la atención del parto en pacientes del Hospital Central Norte?

#### **HIPÓTESIS NULA**

¿El masaje perineal a partir de la semana 34 no disminuye el riesgo de laceraciones perineales al momento de la atención del parto en pacientes del Hospital Central Norte?

### **VI. OBJETIVOS**

#### **a) General**

Demostrar que el masaje perineal a partir de la semana 34, disminuye el riesgo de laceraciones perineales en pacientes del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos de marzo 2021 a febrero 2022

#### **b) Específicos**

Determinar el riesgo relativo de laceraciones de I grado en pacientes con masaje perineal a partir de la semana 34

Determinar el riesgo relativo de laceraciones de II grado en pacientes con masaje perineal a partir de la semana 34

Determinar el riesgo relativo de laceraciones de III grado en pacientes con masaje perineal a partir de la semana 34

Determinar el riesgo relativo de laceraciones de IV grado en pacientes con masaje perineal a partir de la semana 34

## VII. PROCESO METODOLÓGICO

### a) Universo de Trabajo

Todas las mujeres con resolución del embarazo vía vaginal atendidas en Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos de marzo 2021 a febrero 2022

### b) Variables

VARIABLES	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES
Masaje perineal	Masaje con dos dedos de la mano enguantada lubricada moviéndose de lado a lado justo dentro de la vagina de la paciente y ejerciendo una presión leve hacia abajo	Medida física que consiste en estimulación táctil de la piel y tejidos blandos para aumentar su flexibilidad	Cualitativa nominal dicotómica	A)Si B)No
Laceraciones de 1° grado	Lesión de piel perineal	Herida que compromete solo la piel del periné	Cualitativa nominal	1 grado
Laceraciones de 2° grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal	Herida que compromete los músculos perineales	Cualitativa nominal	2 grado
Laceraciones de 3° grado	3 a Lesión del esfínter externo <50% grosor 3b Lesión del esfínter externo >50% grosor 3 c Lesión de esfínter externo e interno	Herida que puede comprometer el esfínter externo e interno del ano	Cualitativa nominal	3 grado
Laceraciones de 4° grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal	Herida que compromete todo el esfínter anal y mucosa rectal	Cualitativa nominal	4 grado
Peso del recién nacido	Peso en kilogramos del recién nacido	Peso obtenido en kilogramos del recién nacido, independientemente de la edad gestacional	Cuantitativa continua	<2500 2500 a 3800 >3800

Maniobra de protección de piso pélvico Ritgen modificada	Es un procedimiento obstétrico, utilizado en la atención de la segunda fase del trabajo de parto que tiene como finalidad la protección del periné de la madre para evitar desgarros perineales	Es una maniobra que se realiza durante la extracción de la cabeza fetal, con una mano tira de la barbilla del feto de entre el ano materna y el coxis, y la otra mano se coloca en el occipucio del feto para controlar la velocidad de salida.	Cualitativa dicotómica	A)Si B)No
Maniobra Vieneses	Técnica en la que se aplica presión dirigida en el periné y se da control de la fuerza durante la expulsión de la cabeza fetal	Maniobra que se realiza colocando una mano para realizar presión en el cuerpo perineal, y con la otra mano se controla la salida de la cabeza fetal	Cualitativa dicotómica	A)Si B)No
Episiotomía	Incisión quirúrgica que se realiza en el periné y la vagina, cuyo objetivo es ampliar el canal de parto y facilitar la expulsión fetal	Corte que se realiza por el personal capacitado en región perineal para aumentar el tamaño del canal de parto	Cualitativa nominal dicotómica	A)Si B)No
Expulsivo prolongado en nulíparas sin analgesia	El expulsivo es la segunda fase del parto, en la que se obtiene el nacimiento del feto en nulíparas sin analgesia esta fase debe durar como mucho 3 horas	Fase del trabajo de parto en donde se obtiene el nacimiento del feto con duración de 3 horas en nulíparas sin analgesia	Cualitativa nominal dicotómica	A)Si B)No
Expulsivo prolongado en nulíparas con analgesia	El expulsivo es la segunda fase del parto, en la que se obtiene el nacimiento del feto en nulíparas con analgesia esta fase debe durar como mucho 4 horas	Fase del trabajo de parto en donde se obtiene el nacimiento del feto con duración de 4 horas en nulíparas con analgesia	Cualitativa nominal dicotómica	A)Si B)No
Expulsivo prolongado en múltipara sin analgesia	El expulsivo es la segunda fase del parto, en la que se obtiene el nacimiento del feto en múltiparas sin analgesia esta fase debe durar como mucho 2 horas	Fase del trabajo de parto en donde se obtiene el nacimiento del feto con duración de 2 horas en múltiparas sin analgesia	Cualitativa nominal dicotómica	A)Si B)No
Expulsivo prolongado en múltipara con analgesia	El expulsivo es la segunda fase del parto, en la que se obtiene el nacimiento del feto en múltiparas con analgesia esta fase debe durar como mucho 3 horas	Fase del trabajo de parto en donde se obtiene el nacimiento del feto con duración de 3 horas en múltiparas con analgesia	Cualitativa nominal dicotómica	A)Si B)No
Paridad	Número de embarazos que presento la paciente en edad reproductiva	El número de embarazos resueltos por cualquier vía y cualquier edad gestacional al momento del estudio	Cuantitativa discreta	A)Primigesta :sin embarazo previo B)Secundigesta:con 1 embarazo previo C)Multigesta:con 2 embarazos previos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento de la paciente al momento de realizar el estudio	Cuantitativa continua	A)20-30 años B)31-40 años C)+41 años
Semanas de gestación	Edad gestacional calculada en semanas que dura un embarazo	Duración de un embarazo calculado en semanas	Cuantitativa continua	A) Pos término 42 ó > semanas B) Término entre 37 a 41 semanas

				C) Prematuro leve entre 35 a 36 semanas D) Prematuro moderado entre 32 <sup>a</sup> 34 semanas E) Prematuro extremo < 32 semanas
--	--	--	--	--

**c) Límite de tiempo y espacio**

Del 01 de Marzo del 2021 al 28 de Febrero del 2022, Ciudad de México

**d) Criterios de inclusión**

- Mujeres con resolución del embarazo vía vaginal, con embarazo de termino, atendidas en Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos de marzo 2021 a febrero 2022 y que hayan firmado consentimiento informado
- Todas las pacientes embarazadas del tercer trimestre que deseen participar en el estudio.
- Las pacientes a las que se indicó el masaje perineal a partir de la semana 34

**e) Criterios de exclusión**

- Pacientes que no deseen participar
- Pacientes en las que se utilicen fórceps o ventosas para la extracción del producto
- Pacientes disfunción del piso pélvico previo al embarazo.
- Pacientes con antecedente de incontinencia tanto urinaria como fecal.
- Pacientes con productos con peso mayor a la percentila noventa al nacimiento
- Pacientes que no se realicen masaje perineal

**f) Tamaño de la muestra**

TAMAÑO DE MUESTRA: Se calculó el tamaño de la muestra utilizando el software G Power 3.1.9.6, la variable dependiente (laceraciones perineales) es una variable cualitativa ordinal que se dividió en 2 grupos con muestras independientes. La prueba estadística aplicada en Wilcoxon Mann Whitney para 2 grupos, con una prueba de dos colas para una distribución normal, con un error alfa de 0.05 y error beta de 0.95 para un cálculo del tamaño de la muestra de 32, el grupo uno con 16 pacientes, el grupo 2 con 16 pacientes con un poder de 0.95



### g) Tipo de estudio

- a) Por temporalidad del estudio: TRANSVERSAL
- b) Por la participación del investigador: ANALITICO
- c) Por la lectura de los datos: PROSPECTIVO
- d) Por el análisis de datos: DESCRIPTIVO E INFERENCIAL

### h) Metodología de medición

TIPO DE INVESTIGACIÓN. Cuasi-experimental

TIPO DE ESTUDIO. Ensayo clínico controlado

### i) Recursos materiales

CONCEPTO	NÚMERO	COSTO UNITARIO (paciente, caso, muestra, encuesta, etc.)	SUBTOTAL
<b>Recursos Materiales</b>			
<i>Cuestionarios (Hojas, impresión)</i>	50	1.50 MXN	75.00 MXN
<i>Carteles para áreas de control prenatal</i>	5	100 MXN <i>Consultar con área correspondiente</i>	500 MXN

<b>Recursos Humanos</b>			
Médico residente de ginecología	1	Salario establecido por la impreza	6500
		<b>TOTAL</b>	7075 MXN

## VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En apego a las normas éticas de la declaración de Helsinki y al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la participación de los pacientes en este estudio conlleva un tipo de riesgo: mayor al mínimo

## IX. MÉTODO

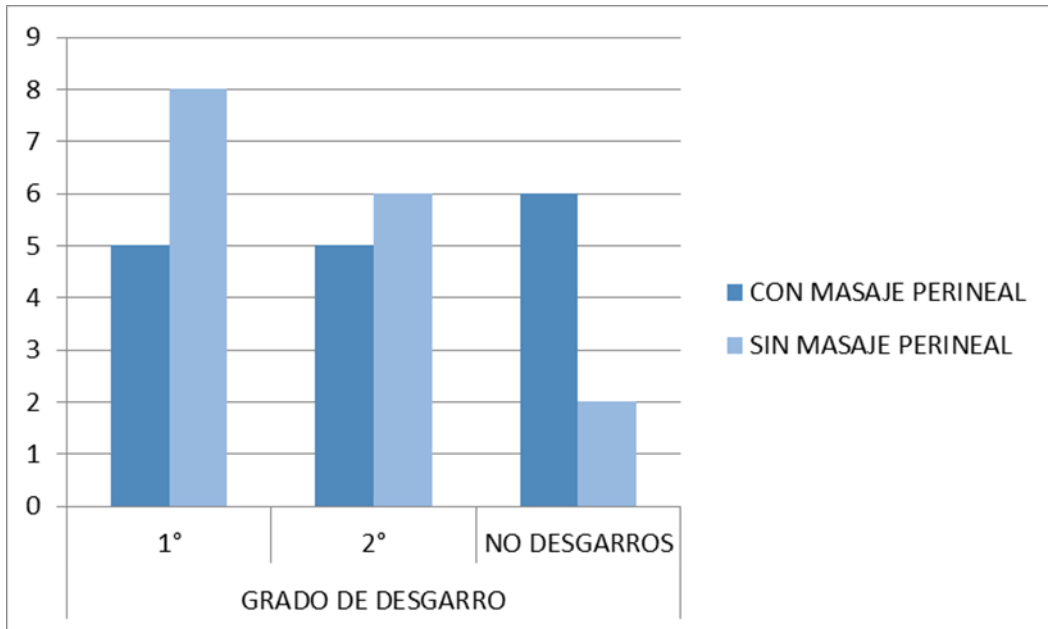
Para este estudio se realizó una base de datos de 32 pacientes, la cual se subdividió en 2 grupos, uno de control de 16 pacientes a las cuales no se les realizó el masaje perineal y un segundo grupo de 16 pacientes a las que se les inició masaje perineal desde la semana 34 de gestación del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido de marzo 2021 a febrero del 2022

En dicho periodo se eligieron 16 pacientes a las cuales solo se observaron sin ningún tipo de intervención y a las otras 16 pacientes se les capacitó para realizar el masaje perineal a partir de la semana 34 de gestación, durante el estudio las pacientes seleccionadas cumplieron con los criterios de inclusión descritos para el estudio y firmaron la autorización por medio de un consentimiento informado, se estudiaron diferentes variables para dilucidar si el masaje perineal se puede utilizar como una medida preventiva para el traumatismo perineal y así reducir la comorbilidad que se adjudica a sus diferentes secuelas.

## X. RESULTADOS

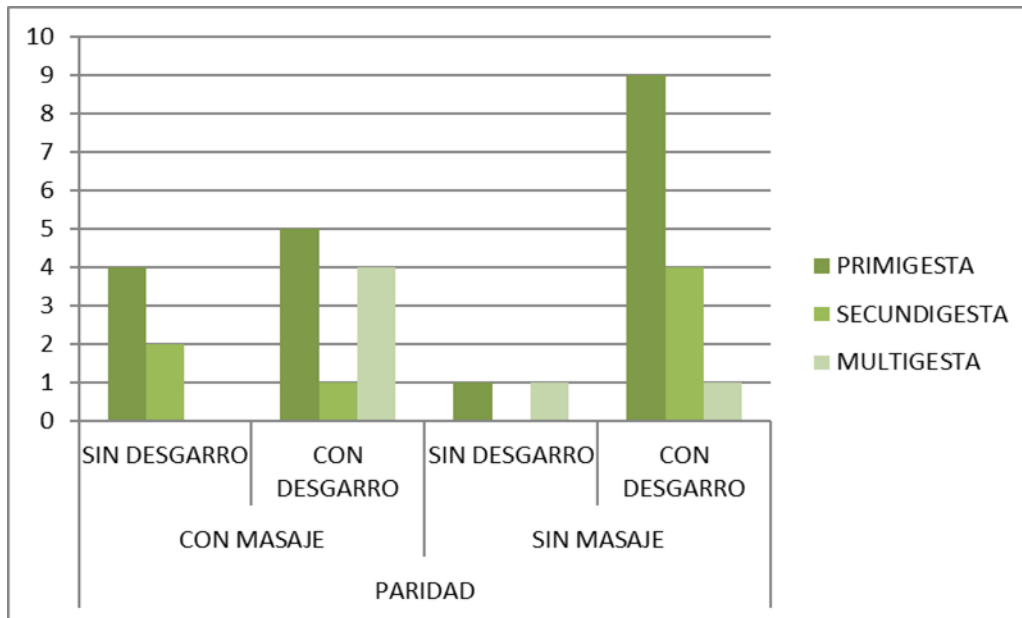
Para este estudio la muestra fue de 32 pacientes, las cuales se subdividieron en 2 grupos, uno de control de 16 pacientes a las cuales no se les realizó el masaje perineal y un segundo grupo de 16 pacientes a las que se les inició masaje perineal desde la semana 34 de gestación.

	GRADO DE DESGARRO		
	1°	2°	NO DESGARROS
CON MASAJE PERINEAL	5	5	6
SIN MASAJE PERINEAL	8	6	2
TOTAL	13	11	8



Durante el estudio se utilizaron múltiples variables, donde se observa mayor incidencia de desgarros en primigestas ocupando un 43.75%, sin embargo, se documenta una mayor aparición de desgarros en pacientes a las que no se le inicio masaje perineal (64.28% vs 35.72%), mientras que las pacientes secundigestas y multigestas presentan una incidencia menor del 15.62% respectivamente.

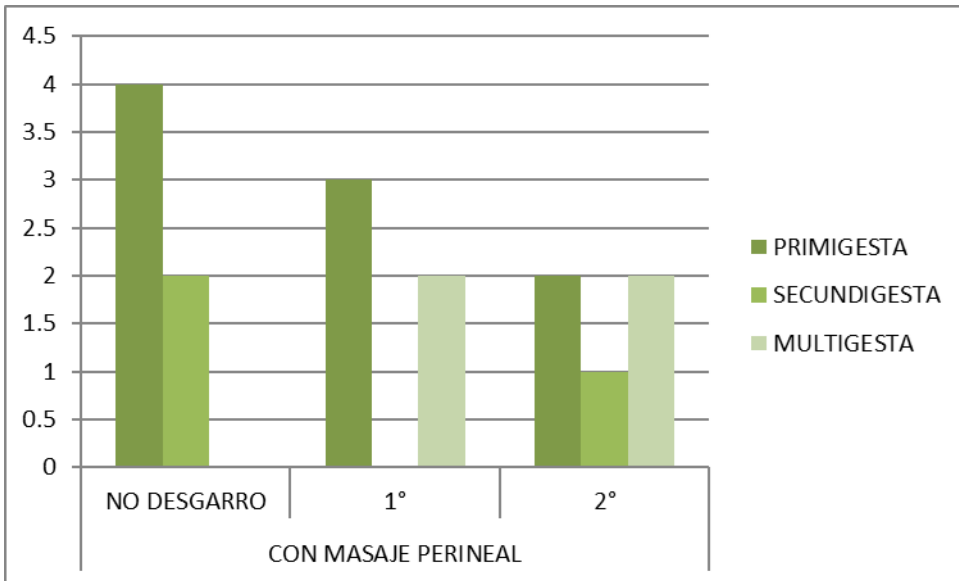
	PARIDAD			
	CON MASAJE		SIN MASAJE	
	SIN DESGARRO	CON DESGARRO	SIN DESGARRO	CON DESGARRO
PRIMIGESTA	4	5	1	9
SECUNDIGESTA	2	1	0	4
MULTIGESTA	0	4	1	1
TOTAL	6	10	2	14



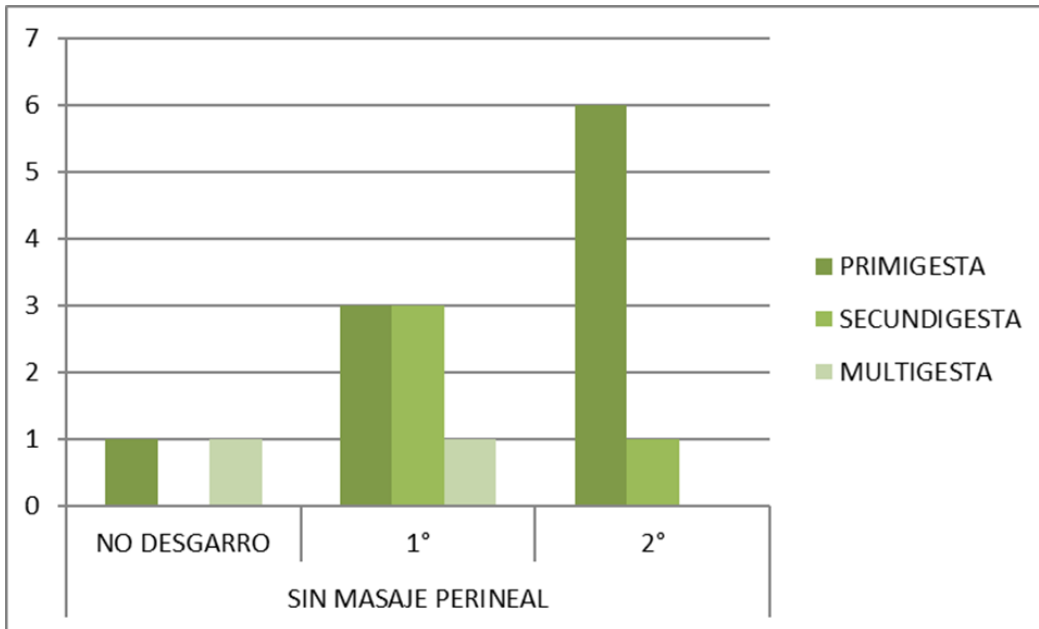
De igual forma se realizó una subcategoría , tratando de identificar el tipo de desgarro más común en la población de estudio, en donde se observó que el desgarro más prevalente fue de segundo grado (40.62%), de los cuales se vio más afectado el grupo sin masaje perineal, con un 18.7% en primigestas sin masaje perineal, seguido de 6.25%, en pacientes con la misma cantidad de partos pero con masaje perineal, en cuanto a desgarros de primer grado, se observa mayor incidencia en pacientes sin masaje perineal (21.87%), sin embargo, con el mismo número de pacientes con desgarros de primer grado en primigestas (9.37%).

#### DESGARRO POR PARIDAD

	CON MASAJE PERINEAL		
	NO DESGARRO	1°	2°
PRIMIGESTA	4	3	2
SECUNDIGESTA	2	0	1
MULTIGESTA	0	2	2
TOTAL	6	5	5



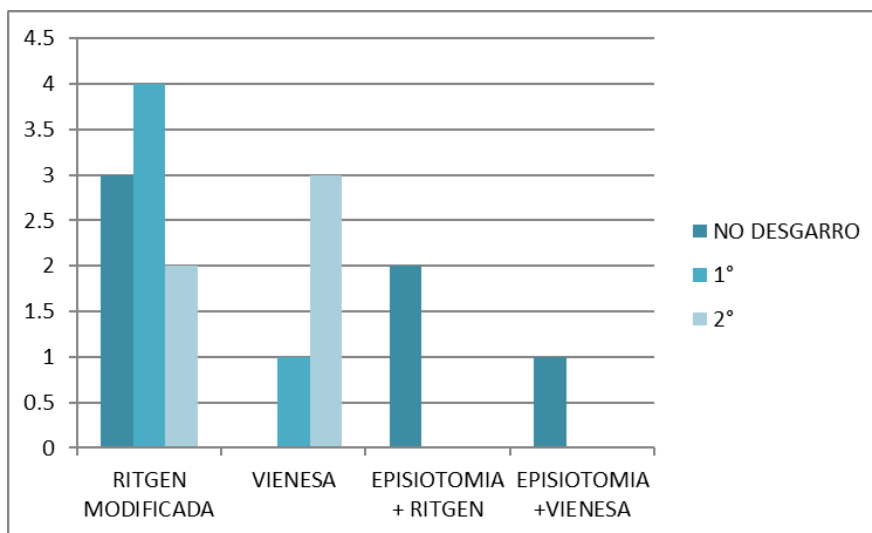
	SIN MASAJE PERINEAL		
	NO DESGARRO	1°	2°
PRIMIGESTA	1	3	6
SECUNDIGESTA	0	3	1
MULTIGESTA	1	1	0
TOTAL	2	7	7



Cabe mencionar que a demás de estas variables intervienen otros factores en la presentación de desgarros, como la aplicación de maniobras de protección perineal ( Ritgen vs Vienesa), así como la realización de la episiotomía.

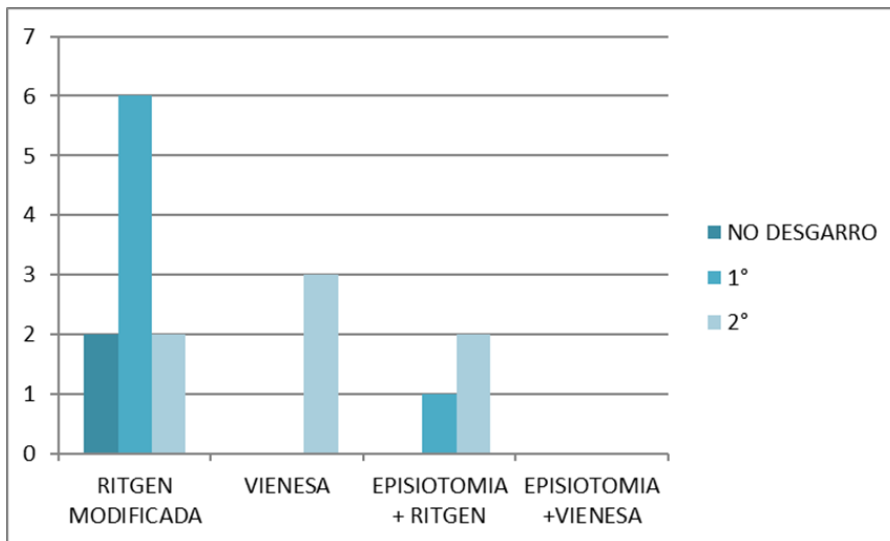
TIPO DE MANIOBRA DE PROTECCION DE PERINE

CON MASAJE PERINEAL	GRADO DE DESGARRO		
	NO DESGARRO	1°	2°
RITGEN MODIFICADA	3	4	2
VIENESA	0	1	3
EPISIOTOMIA + RITGEN	2	0	0
EPISIOTOMIA +VIENESA	1	0	0



En el grupo de estudio la maniobra más utilizada para protección del cuerpo perineal es el Ritgen modificado (59.38%), seguido de la maniobra Vienesa (21.8%). En el resto se manejó una de estas maniobras complementaria a la episiotomía (18.7).

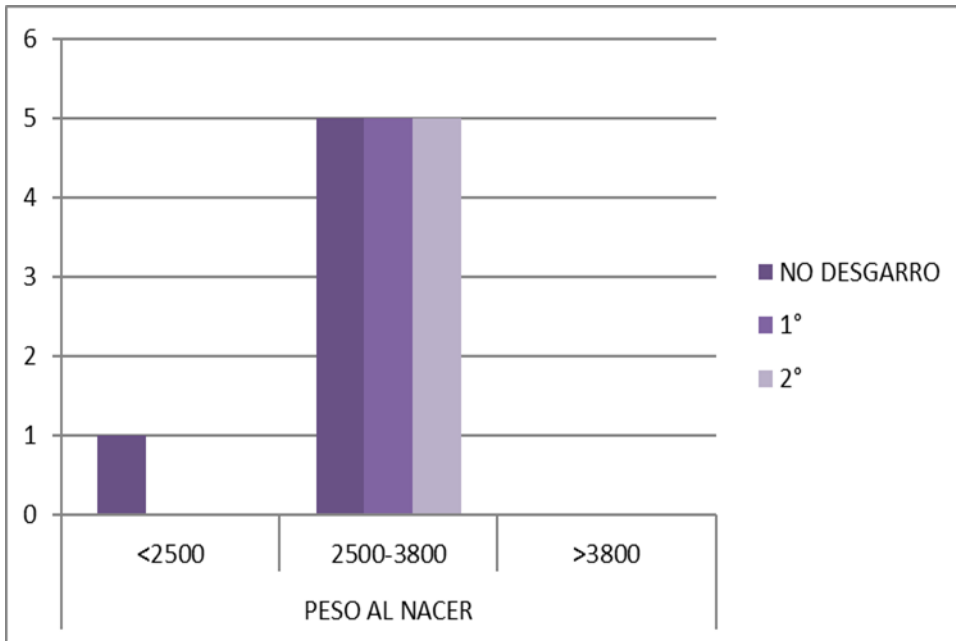
SIN MASAJE PERINEAL	NO DESGARRO	1°	2°
RITGEN MODIFICADA	2	6	2
VIENESA	0	0	3
EPISIOTOMIA + RITGEN	0	1	2
EPISIOTOMIA +VIENESA	0	0	0



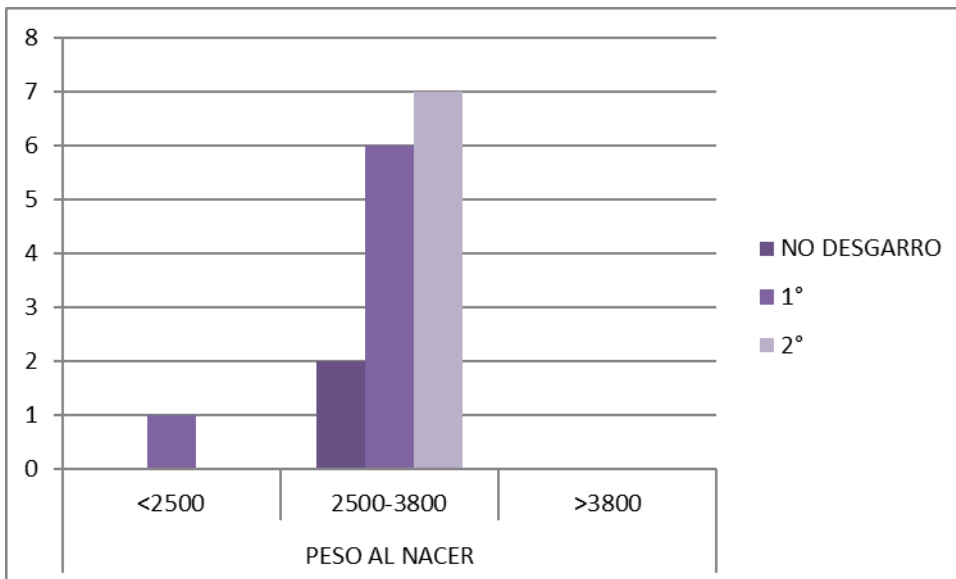
Se observa un mayor número de desgarros tanto de primer como de segundo grado, en pacientes con realización de maniobra de Ritgen, viéndose más afectado el grupo sin masaje perineal (25% vs 18.7%), seguido de la aplicación de la maniobra Vienesas con un (12.5% vs 9.3%) respectivamente.

#### PESO AL NACER

	TIPO DE DESGARRO	PESO AL NACER		
		<2500	2500-3800	>3800
CON MASAJE PERINEAL	NO DESGARRO	1	5	0
	1°	0	5	0
	2°	0	5	0



	TIPO DE DESGARRO	PESO AL NACER		
		<2500	2500-3800	>3800
SIN MASAJE PERINEAL	NO DESGARRO	0	2	0
	1°	1	6	0
	2°	0	7	0

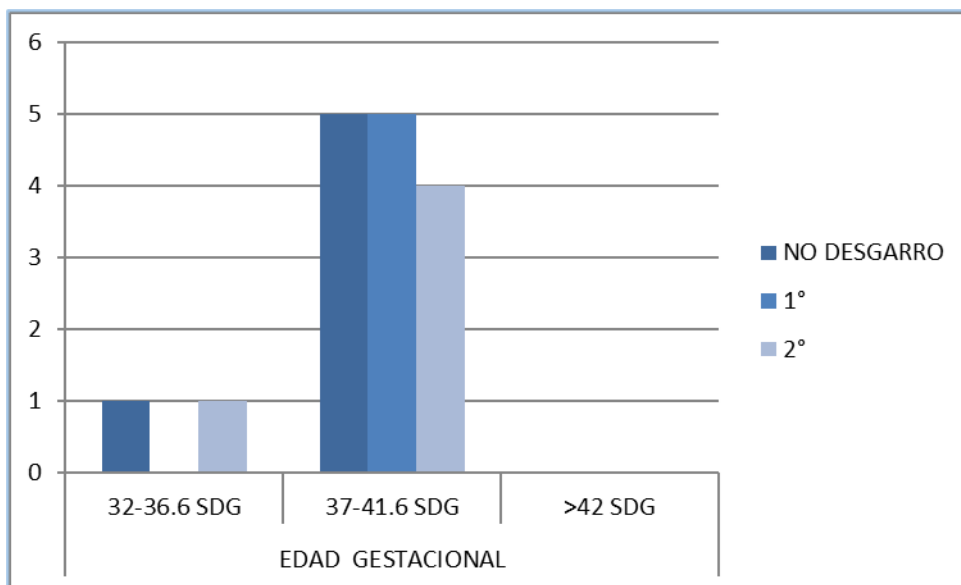


En relación al peso no se puede dilucidar en la población si presenta algún factor de riesgo dado que el 93.7% de los recién nacidos tienen un peso adecuado al nacimiento

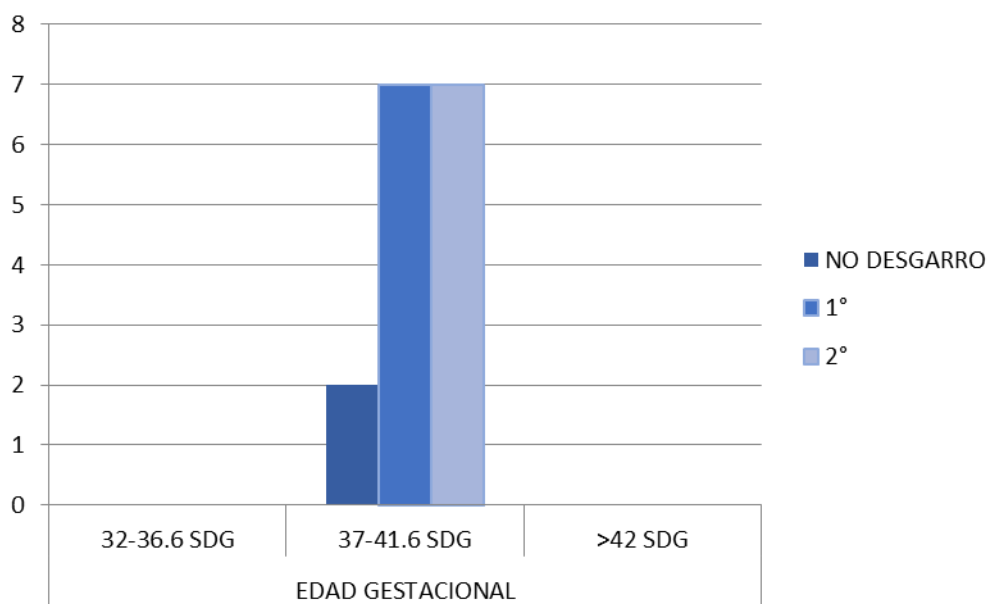


## EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

	TIPO DE DESGARRO	EDAD GESTACIONAL		
		32-36.6 SDG	37-41.6 SDG	>42 SDG
CON MASAJE PERINEAL	NO DESGARRO	1	5	0
	1°	0	5	0
	2°	1	4	0



	TIPO DE DESGARRO	EDAD GESTACIONAL		
		32-36.6 SDG	37-41.6 SDG	>42 SDG
SIN MASAJE PERINEAL	NO DESGARRO	0	2	0
	1°	0	7	0
	2°	0	7	0



Se observa que la edad gestacional más frecuente al momento de la resolución obstétrica vía vaginal fue de 94% fetos de término y solamente el 6% pre termino, presentando más incidencia de desgarros en la población sin masaje perineal 87.5% contra un 56.2%.

RIESGO RELATIVO DESGARROS DE PRIMER GRADO		
	1°	NO DESGARROS
SIN MASAJE PERINEAL	5	6
CON MASAJE PERINEAL	8	2
TOTAL	13	8

RIESGO RELATIVO DESGARROS DE SEGUNDO GRADO		
	2°	NO DESGARROS
SIN MASAJE PERINEAL	5	6
CON MASAJE PERINEAL	6	2
TOTAL	11	8

El riesgo relativo para presentar desgarros de primer grado, posterior a realizar masaje perineal desde la semana 34 de gestación es del 0.5, mientras que para presentar desgarro de segundo grado es de 0.6, con un índice de confianza del 95%, dado que la asociación para ambos tipos de desgarros es menor a uno, se concluye que el factor estudiado en este caso la aplicación de masaje perineal como medida protectora para traumatismo del periné es un factor protector para nuestras pacientes.

## XI. DISCUSIÓN

Es bien conocido y documentado en la literatura tanto a nivel mundial como nacional que el traumatismo del piso pélvico secundario a un evento obstétrico es frecuente, por lo que se había considerado a lo largo de la historia como algo inevitable e inherente al parto vaginal. Ya que un gran porcentaje de pacientes experimentarán algún tipo de lesión perineal la cual en muchos casos necesitará algún tipo de reparación y en otros casos condicionará algún tipo de secuela la cual impactará de manera negativa la calidad de vida de las pacientes a corto, mediano o largo plazo.

Por otro lado en la actualidad las mujeres han cambiado su estilo de vida al disminuir el número de hijos, el dedicarse no solo al hogar, sino a reincorporarse al mundo laboral de manera temprana, así como realizar mayor actividad física e incrementar la esperanza de vida.

Por lo anteriormente descrito, cualquier maniobra que suponga una reducción en las secuelas del traumatismo perineal, debe de ser estudiada, por lo que el objetivo principal de este trabajo fue demostrar que el masaje perineal a partir de la semana 34, disminuye el riesgo de laceraciones perineales, con nuestros resultados podemos observar que, sí existe una diferencia entre las pacientes a las que se les realiza el masaje y las que no, esto podrá estar relacionado al conseguir una mayor elasticidad del periné y un buen tono muscular del piso pélvico, sin embargo, existen múltiples variables las cuales influir entre un mayor o menor éxito en el masaje perineal como medida preventiva las cuales deberían de ser estudiadas con mayor detenimiento como la capacitación que recibe la paciente, el apego al masaje perineal, la experiencia de quien atiende el parto al momento de realizar las maniobras de protección perineal, el peso fetal, la edad gestacional, expulsivo prolongado, variables que en este estudio no arrojaron demasiados datos por el tipo de población que se atiende.

Así mismo los objetivos específicos de este estudio era calcular el riesgo relativo de todos los grados de desgarro, sin embargo, nuevamente por el tipo de población no logramos calcular el riesgo en desgarros grado 3 y 4 y que durante el lapso de tiempo en que se desarrolló esta investigación, ninguna de nuestras pacientes lo presentaron.

## **XII. CONCLUSIONES**

Con este estudio podemos concluir que existe evidencia que apoya de manera positiva que el masaje perineal, al realizarse desde la semana 34 de gestación, es una maniobra física que genera un cambio en la elasticidad del piso pélvico, lo que supone una maniobra de prevención de traumatismos perineales.

Así mismo es prioritario capacitar a las pacientes y personal de salud para llevar a cabo el masaje perineal de manera correcta y que pueda otorgar todos los beneficios sobre el piso pélvico y disminuir todas las posibles complicaciones.

### **XIII. PROPUESTA**

Posterior a la realización de este trabajo y con el conocimiento de que el traumatismo de piso pélvico puede causar secuelas tan importantes como incontinencia urinaria y/o fecal, prolapso de órganos pélvicos y dolor perineal crónico, generando un problema, no solo biológico en la mujer si no afectando directamente su estado biopsicosocial, hace prioritario el otorgar el conocimiento a las pacientes sobre las complicaciones, así como las medidas preventivas para que el traumatismo perineal no impacte negativamente la salud de las mujeres.

Esta problemática es tan compleja que requiere un manejo multidisciplinario integrado por enfermeras, médicos, fisioterapeutas y psicólogos que fomenten el autocuidado, así como atención individualizada de cada caso, por lo que nuestra propuesta es implementar Unidades dedicadas al cuidado del piso pélvico en pro de la atención a la Salud sexual, Reproductiva y de conservación del piso pélvico de las mujeres, desde una atención holística e integral.

#### XIV. BIBLIOGRAFÍAS

- 1.-Comité de Boletines de Práctica del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos - Obstetricia. Boletín de práctica núm. 165: Prevención y tratamiento de las laceraciones obstétricas en el parto vaginal. *Obstet Gynecol* 2016; 128: e1.
- 2.-Aiken CE, Aiken AR, Prentice A. Influencia de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto en la probabilidad de lesión obstétrica del esfínter anal. *Nacimiento* 2015; 42:86.
- 3.-Beckmann MM, Stock OM. Masaje perineal prenatal para reducir el traumatismo perineal. *Cochrane Database Syst Rev* 2013.
- 4.-Chen C, Smith LJ, Pierce CB y col. ¿Los síntomas de los trastornos del suelo pélvico influyen en el recuerdo materno de los eventos obstétricos hasta 10 años después del parto? *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2015; 21: 129.
- 5.-Dahlen HG, Homer CS, Cooke M y col. Resultados perineales y comodidad materna relacionados con la aplicación de compresas calientes perineales en la segunda etapa del trabajo de parto: un ensayo controlado aleatorio. *Nacimiento* 2007; 34: 282.
- 6.-Ramm O, Woo VG, Hung YY, et al. Factores de riesgo para el desarrollo de lesiones obstétricas del esfínter anal en la práctica obstétrica moderna. *Obstet Gynecol* 2018; 131: 290.
- 7.- Carmen Imma Aquino, Maurizio Guida, Gabriele Saccone, Yuri Cruz, Amerigo Vitagliano, Fulvio Zullo & Vincenzo Berghella. (Agosto 2018). Masaje perineal durante el parto: una sistemática revisión y metanálisis de aleatorizados Pruebas controladas. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1051-1063.
- 8.-Meister MR, Cahill AG, Conner SN y col. Predicción de lesiones obstétricas del esfínter anal en una población obstétrica moderna. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215: 310.e1.
- 9.- Militza Angelina Lorenzo-Pliego,<sup>1</sup> Luis Alberto Villanueva-Egan<sup>2</sup>. (2013). Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. *CONAMED*, 18, 111-116.
- 10.-Rosen H, Barrett J, Okby R y col. Factores de riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal en partos gemelares: una revisión retrospectiva. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 757.
- 11.-Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, et al. Factores de riesgo de traumatismo perineal grave durante el parto: un metanálisis actualizado. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 247: 94.

- 12.-Durnea CM, Jaffery AE, Gauthaman N, Doumouchtsis SK. Efecto del índice de masa corporal sobre la incidencia de traumatismo perineal. *Int J Gynaecol Obstet* 2018; 141: 166.
- 13.-Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Técnicas perineales durante la segunda etapa del trabajo de parto para reducir el trauma perineal. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6.
- 14.- Dueñas García. Omar Felipe. ( 2015). Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgico. 2015: McGraw-Hill.
- 15.- M López, M Palacio. Servei Ginecologia: C Ros, E Bataller, M Espuña, S. Anglès. (15/5/2006). LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento.. 13/3/18, de Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Sitio web: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9tricnew.pdf>
- 16.- Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C y López-Herrero E. ( 2020). Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 48-53, 63(1).