

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Enfermería y el Masaje Perineal Antenatal

- **Autora** – Laura Iso Taapken

- **Tutor** – Cayetano Fernández Sola

ÍNDICE

- ResumenPág. 3
- Justificación.....Pág. 3
- Introducción.....Pág. 4
- Objetivos.....Pág. 6
- Metodología.....Pág. 6
- DesarrolloPág. 8
- Discusión.....Pág. 19
- Conclusiones.....Pág. 20
- Bibliografía.....Pág. 21
- ANEXO I.....Pág. 25
- ANEXO II.....Pág. 26
- ANEXO III.....Pág. 27

1. RESUMEN

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

2. JUSTIFICACIÓN

Una de las cuestiones que más preocupa a mujeres embarazadas y personal sanitario, debido a que generan una alta morbilidad en el puerperio e incluso a largo plazo, es cómo evitar que ocurran desgarros perineales y reducir el uso de las episiotomías.(1,2) Siempre que el trauma perineal requiera de cirugía generará un coste sanitario adicional y existirá la posibilidad de que la sutura quirúrgica sufra complicaciones y genere una mayor demanda de cuidados, así como un aumento de días de estancia hospitalaria.

Si se toma en consideración el gran número de mujeres que sufren trauma perineal en el parto, se ve claramente la necesidad de realizar intervenciones que ayuden a reducir este tipo de trauma. (3, 4)

Últimamente, han aumentado los estudios que investigan los diferentes factores que pueden aumentar o disminuir las tasas de desgarros, al igual que las distintas técnicas e

intervenciones para prevenirlas en el parto, ya que se ha visto la importancia que estos aspectos tienen en la calidad de vida que tendrá la mujer tras el parto. (5, 6)

Hay diversas técnicas destinadas a proteger el periné, entre ellas destacamos: el MP al final del embarazo, el uso de compresas tibias durante el expulsivo y el masaje intraparto con o sin lubricante. (7)

Aunque estas dos últimas técnicas carezcan de eficacia demostrada las recomendaciones sobre la asistencia al parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (8), la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (9) y el Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (10) se postulan favorables a su uso.

Encuentro que es de principal interés el MP al final del embarazo ya que este podrá ser competencia del personal de enfermería. La Educación Maternal resulta adecuada para este fin; Se lleva a cabo en los Centros de Salud en AP y es impartida tanto por Enfermeras como por Matronas. En esas sesiones se puede ofrecer el espacio, el tiempo y la intimidad que su aprendizaje requiere. La técnica de MP como se verá más adelante conviene practicarla a partir de la semana 34 así que el hecho de que las sesiones de Educación Maternal comiencen en la semana 28 resulta también favorable.

3. INTRODUCCIÓN

La introducción de este estudio se organiza de la siguiente forma. En primer lugar, se revisan una serie de conceptos acerca del tema investigado como son *El trauma perineal*, *El desgarro*, *La episiotomía* y a continuación una breve *Revisión histórica de la episiotomía*, un relato de cuáles son los organismos que defienden su uso restrictivo y por qué y por último se presentan tasas de episiotomía.

3.1 El trauma perineal

El trauma perineal es una de las complicaciones más frecuentes en el período expulsivo del parto, bien como desgarro perineal (espontáneo) o por realización de episiotomía (iatrogénico). (1)

3.2 El desgarro

Es la lesión más frecuente, compromete la vagina, vulva y periné. Se clasifica según la afectación de las estructuras en diferentes grados: el *primer grado* afecta a la piel

perineal y la mucosa vaginal; el *segundo grado* incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal sin incluir el esfínter anal; el *tercer grado* incluye el esfínter anal (3a: afectación de hasta el 50%, 3b: de más del 50% y 3c: afectación del esfínter externo e interno) y el *cuarto grado* incluye la mucosa rectal. (11)

3.3 La episiotomía

Se define como una incisión en la zona del periné, sector que va desde la vulva al ano. Se seccionan la piel y los músculos situados entre la vagina y el recto para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el periodo expulsivo del parto en el caso de que ésta sea insuficiente, con el objetivo de prevenir así los desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Se realiza con tijeras/bisturí y requiere reparación con sutura. (12)

3.4 Por qué la episiotomía

La primera episiotomía conocida data del siglo XVIII (1742) en Irlanda: Sir Fielding Ould. Dubois en Francia en 1847 fue el primero en realizar la incisión perineal mediolateral. Su nombre se debe a Carl Braun que en 1860 denominó "episiotomía" a la incisión perineal; también fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria. A finales del siglo XIX Anna Broomall en EEUU y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl defendió su uso rutinario. Entre otros beneficios se le atribuía que evitaba el dolor, prevenía desgarros, acortaba el parto disminuyendo la morbilidad perinatal y prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas. (13)

Durante años, el uso de la episiotomía fue así rutinario, especialmente si la mujer era nulípara, hasta que diversos estudios evidenciaron que no lograba ninguno de los beneficios que se le atribuían tradicionalmente y que era más beneficioso realizar una práctica restrictiva de la episiotomía, pues esta puede provocar mayores lesiones, dolor y secuelas de los que su uso rutinario trata de prevenir. (14, 15, 16)

Muchos son los organismos que avalan el uso restrictivo de la episiotomía con diferentes niveles de evidencia científica: *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, recomienda uso restrictivo de la episiotomía con nivel de evidencia A (17), *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*, “la episiotomía ni protege el suelo pélvico, ni previene la incontinencia de esfuerzo” con grado B de evidencia (18), *College National des Gynecologues et Obstetriciens Français*, “la episiotomía

restrictiva tiene beneficios para la madre” con nivel A de evidencia “y para el feto” nivel C (19), *The Society Of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, “la episiotomía de rutina no es necesaria en parto vaginal” nivel de evidencia II-1E (20)

3.5 Tasas de episiotomía en el mundo y en España.

En la actualidad, aunque la frecuencia con la que se realizan las episiotomías se ha reducido, en general las tasas de traumatismo perineal siguen siendo altas (21). Según Albers LL et al (22) (1996), el uso de esta técnica varía de 9,7% (norte de Europa - Suecia) a 96,2% (América del Sur - Ecuador), con tasas más bajas en países de lengua inglesa (América del Norte - Canadá: 23,8% y Estados Unidos: 32,7%) y en muchos países (América del Sur y Central - Brasil: 94,2%, África del Sur - 63,3% y Asia - China: 82%) permanecen elevadas.

En España se sitúa de media en el 52,08% (23) muy por encima del 10% a perseguir y el 20% máximo recomendados por la OMS (24), tasas en La Inmaculada (Anexo I)

4. OBJETIVOS

- Describir la Evidencia sobre la técnica de MP durante el embarazo como medio de prevención del traumatismo perineal en el parto.
- Analizar la función del profesional de Enfermería en estas técnicas de prevención del traumatismo perineal.
- Proponer un Plan de Cuidados para la atención de la gestante en su preparación al parto

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Se trata de una revisión bibliográfica o narrativa de la evidencia acerca por un lado del trauma perineal y sobre todo la episiotomía y por otro del MP en el embarazo.

5.2 Criterios de selección de estudios

Para la realización de este trabajo se han realizado búsquedas en diferentes bases de datos, fundamentalmente en: Cochrane Plus, Pubmed, Medline, Cinahl, Cuiden Plus y

Elsevier. Además de acceder a la bibliografía secundaria de los artículos seleccionados para completar la información requerida para la redacción de dicho trabajo. . Se han escogido artículos en habla inglesa y en castellano. Para los temas principales como son el estudio de la episiotomía y del masaje perineal en el embarazo se han escogido Revisiones Sistemáticas de ECAs y Ensayos Clínicos Aleatorizados. Para “Episiotomía” cabe destacar una revisión sistemática del 2012 de la biblioteca Cochrane Plus de 8 ECAs con un número de 5541 participantes y otra revisión sistemática de JAMA con ECAs desde 1950 hasta 2004. Para el tema “Masaje perineal antenatal” una revisión sistemática de la biblioteca Cochrane Plus del 2008 de 3 ECAs con un número de 2434 participantes.

5.3 Estrategia de búsqueda y extracción de datos

-En la base de datos Cochrane Plus se utilizaron las siguientes palabras clave: *perineal massage and perineal trauma*.

El resultado fueron 23 artículos de los cuales se aceptaron 3 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión y se descartaron 20 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta.

-En la base de datos Pubmed se utilizaron las siguientes palabras clave: *episiotomy and perineal trauma and perineal massage and techniques*. El resultado de la búsqueda fueron 55 artículos, de los cuales se aceptaron 4 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión, y se descartaron 54 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta.

-En la base de datos Medline se utilizaron las siguientes palabras clave: *episiotomy and advantages*

El resultado fueron 20 artículos de los cuales se aceptaron 2 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión y se descartaron 18 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta.

Delivery and tears and perineal massage

El resultado fueron 43 artículos de los cuales se aceptaron 3 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión y se descartaron 40 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta

Routine episiotomy and rates and world

El resultado fueron 40 artículos de los cuales se aceptaron 3 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión y se descartaron 37 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta

-En la base de datos Cinahl se utilizaron las siguientes palabras clave: *perineal trauma and care*. La búsqueda se acotó a los últimos cinco años y a artículos avalados por la evidencia. El resultado de la búsqueda fue 1 artículo que se aceptó.

-En la base de datos Cuiden Plus se utilizaron las siguientes palabras clave: *massage and perineal*. El resultado de la búsqueda fueron 20 artículos, de los cuales se aceptaron 2 por contener información o datos relevantes del tema en cuestión, y se descartaron 54 por no ajustarse al tema o por no estar disponibles para su consulta.

-En la base de datos Elsevier se utilizaron las siguientes palabras clave: *vaginal childbirth and perineal trauma and episiotomy*. Y se acotó la búsqueda a los últimos diez años, para obtener así una revisión actual del tema.

El resultado de la búsqueda fue de 54 artículos, de los cuales se aceptaron 4 y se descartaron 50 por no ajustarse al tema.

-Se consultaron diversos colegios y sociedades de ginecología y obstetricia y de matronería: *American College of Obstetricians and Gynecologists* (17), *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (18), *College Nationale de Gynecologues et Obstetriciens Français* (19) y *The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* (20), *el American College of Nurse-Midwives* (25) y *el Royal College of Midwives* (26)

-Se consultó el documento de consenso asistencial al parto normal de SEGO (8) y el documento redactado por el Ministerio de Sanidad Español, la Estrategia de Atención al Parto Normal (9)

-También se consultó el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (10)

-Se consultó en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (27)

-Para la realización del plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA, NOC y NIC. (28)

6. DESARROLLO

Expongo a continuación los resultados de la Evidencia respecto a mi tema de estudio: resultados que hablarán de los falsos beneficios de la episiotomía que auspiciaron su indicación rutinaria y de los inconvenientes que esta plantea; Del trauma perineal y sus

consecuencias a corto, medio y largo plazo para continuar con la eficacia de las técnicas de prevención del mismo; De la eficacia del MP como forma de prevención. Además expondré mi aportación personal acerca de qué haría para iniciar un cambio de mentalidad y de posiciones respecto a la episiotomía. Por último explicaré en qué consiste el MP, procedimiento (con recuerdo anatómico del periné) y elaboraré un Plan de Cuidados con el que incluirlo en Educación Maternal.

6.1 La episiotomía a estudio

Detectados los falsos beneficios de la episiotomía:

- incisión limpia y recta, más fácil de reparar y cura mejor
- reduce desgarros 3er grado
- protege el suelo pélvico
- acorta 2º periodo del parto
- previene asfixia fetal y sufrimiento fetal
- previene del traumatismo craneal fetal

Actualmente esta práctica ha sido restringida a casos especiales, pues ya en 1996, Belizan y Carroli (16) concluyeron que no había pruebas suficientes de que el uso rutinario de la episiotomía tuviera un efecto beneficioso y que contrariamente, había pruebas claras de que podía incluso causar mayor daño. Otros estudios han demostrado que la episiotomía provoca más dolor, infección y disfunción sexual, que si se produjera una laceración espontánea (29, 30). Cunningham y Col. (2011), con base en estudios observacionales, hacen mención al aumento en la incidencia de desgarros del esfínter anal y del recto causados por la episiotomía sistemática. (11)

También está recogido en el documento redactado por el Ministerio de Sanidad Español, la Estrategia de Atención al Parto Normal (9) que se debe promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática, como igualmente aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS) (24,27).

6.2 El trauma perineal a estudio

Diferentes estudios revelan que más de la mitad de las mujeres que paren sin que se les realice la episiotomía tienen desgarros que precisan sutura (31).

Existe un alto nivel de mujeres que sufren trauma perineal y se quejan de dolor y disconfort a corto, medio y largo plazo (32); A corto plazo las consecuencias pueden ser:

- dolor y disconfort cuando se sientan y al orinar y defecar
- inhibición de la movilidad
- alteración de la capacidad para cuidar al bebé
- contribuye al fracaso de la lactancia materna
- insomnio

Y a largo plazo:

- depresión
- agotamiento materno
- contribuye a la incontinencia de esfuerzo
- dispareunia
- afectación a la relación de pareja

En los tres primeros meses posparto aproximadamente el 23% reportan dispareunia, el 19% incontinencia urinaria y entre 3% y 10% incontinencia fecal. Los problemas de salud sexual son los más comúnmente comunicados. Posteriormente estos problemas van poco a poco asumiéndose a lo largo del primer año y las mujeres dejan de informar acerca de su curso a los profesionales de la salud (32), aunque la realidad es que el 15% de las mujeres que sufren dispareunia tras un parto vaginal todavía sufren sexo doloroso hasta tres años después del parto. (33)

Por otra parte y según el estudio de Martin et Al (34), el grado de lesión perineal del primer parto condiciona la lesión del segundo. La episiotomía y los desgarros de iguales o superiores al segundo grado aumentan el riesgo de lesiones perineales severas en el siguiente parto. Hay que evitar, en la medida de lo posible, las lesiones perineales en el primer parto pues éstas son un factor de riesgo que complica el segundo.

Por lo tanto, este autor considera necesaria la investigación de nuevas formas menos agresivas de prevenir los desgarros espontáneos en el parto y ayudar a reducir las tasas de episiotomía.

Michel Labrecque llega a una conclusión parecida tras realizar su estudio sobre prevención de trauma perineal a través del MP “con la disminución de las tasas de episiotomía las matronas tendrán que volver a descubrir el arte de ayudar a las mujeres a través del parto sin trauma”. (6)

6.3 Técnicas de prevención del traumatismo perineal en el parto

En Andalucía, el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio (10), que se trata de un texto determinante desde el punto de vista de la buena práctica, en su sección dedicada a la asistencia a la mujer de parto, explicita la importancia de un parto humanizado y con el menor nivel de intervención (siempre, según las circunstancias clínicas y los deseos y preferencias de la usuaria) que apoya una reducción del número de episiotomías. Este mismo texto promueve el uso de técnicas intraparto destinadas a disminuir el dolor y a prevenir el trauma perineal por cómo este último redonda negativamente en la calidad de vida de la mujer a posteriori.

Los profesionales sanitarios cada vez más conscientes de la necesidad de proteger el suelo pélvico femenino exploran las posibilidades que ofrecen las técnicas de prevención del traumatismo perineal durante el parto.

Al revisar los estudios existentes acerca de cómo podría evitarse el trauma perineal con técnicas no invasivas nos encontramos tres técnicas principales aplicables durante la segunda parte del trabajo de parto y una durante el embarazo:

- No tocar el periné de la mujer durante la segunda etapa del trabajo de parto hasta la coronación de la cabeza del bebé.

- Aplicación de compresas tibias en la zona del periné. Con paños limpios lavados por inmersión en agua caliente y escurridos para eliminar el exceso de agua. La aplicación se llevara a cabo continuamente sobre el periné de la madre y los genitales externos durante y entre los pujos.

- Masaje perineal con o sin lubricante. Se realiza un masaje suave, lento, con dos dedos de la mano enguantada de la matrona, moviéndose de lado a lado, justo dentro de la vagina de la paciente. Se aplica una presión suave, hacia abajo (hacia el recto) con trazos constantes y laterales. Este movimiento impide movimientos rápidos o presión sostenida.

- Masaje perineal durante el embarazo. Introducir los pulgares en la vagina suavemente y poco a poco (para no provocar un espasmo de cierre de la vagina), unos tres o cuatro centímetros y realizar diferentes movimientos manteniendo una ligera presión tal y como se explicará más adelante. Si el masaje lo efectúa la pareja, en lugar de utilizar los pulgares, usará los dedos anular y corazón.

Esta técnica además, por no ser competencia exclusiva de la matrona como las otras tres y por poder incluirse en los programas de educación maternal de nuestro sistema de salud va a focalizar principalmente nuestra atención.

Encontramos entonces la línea por la cual interesa que el profesional de enfermería sea conocedor de la técnica de MP durante el embarazo y de sus beneficios para poder instruir a la embarazada.

6.4 El masaje perineal durante el tercer trimestre del embarazo a estudio

En los estudios publicados al respecto a los que se ha tenido acceso se propone y se acepta que el MP durante la gestación aumenta la flexibilidad de los tejidos del periné y hace que disminuya la resistencia muscular, lo que permite que el periné pueda extenderse con mayor facilidad durante el parto sin que se produzcan desgarros o la necesidad de episiotomía (33).

Otras coincidieron en que la aplicación de MP antenatal en las 4-5 últimas semanas del embarazo reducía la probabilidad (hasta en un 15%) de trauma perineal, incluida episiotomía, en los partos vaginales, siendo mayor el beneficio si la mujer no tenía un parto vaginal previo (6), y que generalmente éste es bien aceptado por las mujeres así que las mujeres deberían ser informadas sobre sus beneficios e instruidas en la técnica. (33)

Davidson et al. (2000) con un estudio descriptivo retrospectivo demostraron que el MP durante el embarazo, en mujeres nulíparas o en multíparas, con episiotomía anterior, es recomendable y beneficioso. Apuntaban a que se han de realizar estudios sobre la técnica óptima del masaje. (35)

Se observa que existen beneficios con la aplicación del MP durante las últimas semanas del embarazo, mostrando que disminuyen los desgarros de II y III grado, las episiotomías y la incidencia de partos instrumentales (36, 37)

Labrecque et al. (2001) estudió la opinión de las mujeres sobre la aplicación del MP. Las mujeres refirieron pequeñas molestias y problemas con la técnica durante la primera semana, que luego desaparecieron, y valoraron positivamente la aplicación del masaje y la participación de su pareja. Un 80% afirmó su intención de utilizarlo en su próximo embarazo y casi un 90% lo recomendarían a otra mujer embarazada. (39)

6.5 Un cambio de mentalidad respecto a la episiotomía se requiere

Así pues tras haber realizado la revisión que la evidencia hace al respecto, teniendo en cuenta los beneficios que aporta la técnica a la salud de la mujer, la buena aceptación que entre ellas tiene y el bajo coste económico, se plantea como muy adecuada la enseñanza de la técnica de MP durante el último trimestre del embarazo.

El fomento de esta práctica debe de ir acompañado condición sine qua non de la interiorización del concepto de episiotomía restrictiva y protección del periné. Han sido muchos años de predominio de cultura médica en el parto amparando la práctica rutinaria de la episiotomía por lo tanto es muy fácil que un gran número de mujeres haya naturalizado la idea de que es mejor un “corte a tiempo” que un desgarro espontáneo. También evitaría pensamientos negativos en la mujer que sufriendo algún desgarro intenso de grado III o IV durante el parto cree porque así lo aprendió que si le hubieran hecho una episiotomía no se hubiera desgarrado.

Desde mi punto de vista hay tres poblaciones diana en las que fomentarlo: la estudiante de enfermería, la enfermera y la mujer embarazada. De este modo se cubriría un amplio espectro de la población femenina algo que todo cambio de mentalidad requiere.

En cuanto a la estudiante se refiere, sería muy recomendable incluir este concepto de episiotomía ya desde el propio grado de enfermería teniendo para ello el escenario excelente en la asignatura Educación Sexual y Reproductiva. La alumna se concientiza como mujer y como futura profesional de los beneficios a corto, medio y largo plazo de tener un periné íntegro.

También se hace necesaria la formación de las propias enfermeras pues hasta hace relativamente poco las tasas de episiotomía en los hospitales públicos rondaba el 90%. Así sería recomendable que toda enfermera que pueda estar en contacto con la mujer embarazada bien en AP bien en Hospitalizada tuviera una idea acerca de la episiotomía restrictiva basada en la evidencia existente; De sus falsos beneficios, de sus inconvenientes y de la necesidad de fomentar el uso de técnicas encaminadas a proteger el periné desde el embarazo para evitar estos desgarros espontáneos y sobre todo la episiotomía. A este respecto sólo conozco una forma de hacer esto posible y es la Formación Continuada y el Reciclaje.

Respecto a la mujer embarazada, en nuestro Sistema de Salud tenemos el elemento de acceso ideal a este aprendizaje como es la Educación Maternal.

6.6 El masaje perineal en el embarazo

En concreto en el Proceso Asistencial Integrado del Servicio Andaluz de Salud (10) la Educación Maternal se observa a partir de la semana 34:

- Aprovechando el punto decimoprimer “Información sobre el proceso del parto, puerperio y cuidados del recién nacido” sería muy interesante desde mi punto de vista añadir” información sobre la episiotomía restrictiva” en un intento de concienciar a la mujer de lo beneficioso de evitar la episiotomía. Se puede:
 - ✓ facilitar la expresión de dudas y temores respecto a este tema
 - ✓ realizar un *brain storming* acerca de la episiotomía

Con ambas actividades la enfermera podrá valorar los conocimientos que el grupo tiene al respecto y podrá corregir así las falsas creencias si las hubiera en un lenguaje cercano y asequible

- En el quinto punto de las actividades a realizar en las sesiones se encuentra “entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio” sugiero podrían añadirse las técnicas de MP a partir de la semana 34. Actividades a realizar:
 - ✓ Inclusión de la pareja si la hubiera
 - ✓ Enseñanza de técnica de masaje en vagina de material
 - ✓ Comprobar que se ha aprendido haciendo repetir la técnica una a una
 - ✓ Corregir dicha técnica si fuera necesario una a una
 - ✓ Entregar folleto gráfico de cómo realizar el masaje (ANEXO II)
 - ✓ Entrega de hoja de autorregistro como intento de aumentar la adherencia al tratamiento (ANEXO III)
 - ✓ Compartir sensaciones y dudas, tras haber realizado el masaje en casa por primera vez
 - ✓ Repetir los puntos 2, 3 y 4 una vez por semana hasta que la mujer muestre el buen manejo de la técnica
 - ✓ Anima a expresar cómo va cambiando la autopercepción del periné

El resultado final sería una embarazada (preferiblemente también su pareja) informada y concienciada, una embarazada que toma conciencia de cuidar y preparar su periné y que ante un momento de duda o de “flaqueza” de la matrona sepa pedir a esta que en la medida de lo posible deje la opción de la episiotomía como última opción posible.

6.7 Masaje perineal durante el embarazo: procedimiento

Breve recuerdo anatómico

El **periné** es la zona del cuerpo situada en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis. Contiene: superficie de piel, vísceras, cuerpos eréctiles, músculos, ligamentos y aponeurosis, nervios, vasos y orificios. Posee un:

-**Suelo muscular pélvico superficial**: m. Bulbocavernoso, m. Isquiocavernoso, m. Transverso Superficial, m. Transverso Profundo y Esfínter Estriado del Ano. Asociado a la piel son haces musculares finos y entrelazados. En él se inserta el Estrecho Inferior.

- **S.M.P profundo**: m. Elevador del Ano con sus tres haces (Puborrectal, Iliococcígeo y Pubococcígeo) y m. Isquiococcígeo. Son músculos de gran extensión y en ellos se inserta el Estrecho Medio. Tienen forma de hamaca y sostienen Vejiga y Útero. (40)

Los ejercicios se realizarán a partir de la semana 34, tres veces por semana durante 10 minutos en cada sesión, aunque tiene la misma efectividad si se realiza correctamente dos veces por semana (33). En cuanto a la semana de comienzo y la técnica a realizar se han consultado la evidencia y las recomendaciones del American College of Nurse-Midwives y el Royal College of Midwives.(6, 25, 26)

1. Lávese bien las manos (uñas recortadas y limpias)
2. Vaciado de vejiga antes realizar masaje.
3. Puede aplicar compresas templadas o realizar masaje tras ducha.
4. Posición de cuclillas., semisentada o apoyada en la pared. Postura cómoda.
5. Si se realiza automasaje es más cómodo usar el pulgar, si lo realiza la pareja índice y/o corazón. (Lubrique los dedos con aceite de Rosa Mosqueta).
6. Introducir dedo/s en vagina 3-4 cm, presionar hacia abajo y hacia los lados con un movimiento de balanceo firme pero delicado durante 2 minutos.
7. Después deslizar el dedo desde el fondo vagina hacia fuera y viceversa manteniendo presión durante 2 minutos.
8. Colocar el dedo en la entrada de la vagina y presionar hacia abajo durante 2 m o hasta que moleste (esto le ayudará a imaginar la presión de la cabeza fetal).
9. Coger esta zona entre el pulgar y dedos opuestos a modo de pinza y realizar un movimiento de vaivén de un lado a otro para estirar el tejido de entrada a la vagina y la piel del periné (2m).

10. Finalizar manteniendo los dedos en la misma posición y realizar estiramientos de dentro afuera abarcando la zona inferior y lateral de la vagina y piel del periné durante 2 m (esto le ayudará a relajar la zona).(ANEXO II)

6.8 Plan de Cuidados

Para mostrar la importancia de las actividades enfermeras durante el embarazo en la prevención de los traumatismos perineales, se propone un Plan de Cuidados de Enfermería en el que se reflejen dichas actividades:

Diagnósticos de Enfermería

- **00146 Ansiedad r/c embarazo y parto m/p nerviosismo, inquietud.** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo

Objetivos (NOC):

1402 Control de la ansiedad

1302 Superación de problemas (afrontamiento).

Intervenciones (NIC):

5230 Aumentar el afrontamiento

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

6040 Terapia de relajación

- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Mantener un tono de voz suave y pausado.

5820 Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo sensaciones a experimentar.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, si procede.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- **00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones r/c episiotomía m/p desconocimiento sobre los resultados que la evidencia vierte y falsas creencias respecto a ese tema.** Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Objetivos (NOC):

1700 Creencias sobre la salud

Intervenciones (NIC):

4480 Facilitar la autorresponsabilidad

- Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.

7460 Protección de los derechos del paciente

- Proporcionar al paciente la «Carta de derechos del paciente» y dirigirle a los puntos relacionados con la inadecuada realización de episiotomía rutinaria como es el punto 4.

- **00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad r/c embarazo m/p acudir regularmente a las sesiones de educación maternal** Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.

Objetivos (NOC):

1810 Conocimiento: gestación

Intervenciones (NIC):

6760 Preparación para el parto

- Instruir a la madre sobre los pasos a seguir si se desea evitar la episiotomía, como MP, ejercicios de Kegel, nutrición óptima y un tratamiento precoz de la vaginitis.

6960 Cuidados prenatales

- Instruir a la paciente acerca de las técnicas de MP
- Ayudar a la paciente a identificar las zonas del periné donde se realiza dicho masaje (entrada y paredes de la vagina)
- Instruir a la paciente en los ejercicios de Kegel

- Ayudar a la paciente a identificar los músculos que contraerá en los ejercicios de Kegel
- Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- Animar al padre a que asista a las clases
- Animar al padre a que participe en los masajes perineales.

5520 Facilitar el aprendizaje

- Adaptar la información para que se cumpla con el estilo de vida / rutinas del paciente
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente
- Corregir las malas interpretaciones de la información si procede
- Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje
- Fomentar la participación activa del paciente
- Repetir la información importante
- Utilizar simuladores de material
- Entregar folleto gráfico con instrucciones sobre el MP (ANEXO II)
- Proporcionar hoja de autorregistro del masaje a cada paciente. (ANEXO III)

Problemas de colaboración

- **Dolor:**

Objetivos (NOC)

1843 Conocimiento: manejo del dolor

Intervenciones (NIC)

1400 Manejo del dolor

- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, aplicación de calor y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente

7. DISCUSION

Tras la revisión sistemática de artículos sobre las técnicas de prevención del traumatismo perineal a través del masaje perineal al final del embarazo se puede afirmar salvando particularidades que estas técnicas previenen los desgarros perineales en el parto. (6, 33, 35, 36, 37, 38).

Si bien los estudios sobre la eficacia del MP antenatal publicados hasta la fecha demuestran que es una práctica beneficiosa para mantener la integridad del periné en el parto, ya que incrementa la elasticidad perineal, no se ha precisado con exactitud la técnica, su frecuencia, duración y periodicidad en la aplicación de la misma. Aunque se debe investigar más al respecto en cuanto a la forma, frecuencia y productos de uso tópico más eficaces para realizarlo (35) se ha propuesto un modelo de procedimiento respetando las conclusiones de la mayor parte de los estudios al respecto (33, 36, 37). La mujer que ha realizado este masaje preventivo se muestra muy satisfecha (39) además se considera la posibilidad de que las mujeres que recibieron instrucciones con respecto al MP estuvieran muy motivadas para lograr un parto vaginal con un perineo intacto, para continuar empujando por más tiempo y para oponerse a una episiotomía a menos que fuese muy evidentemente necesario. (33)

En mi opinión y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, teniendo el sistema público el escenario adecuado en AP a través de la Educación Maternal es necesario dar un paso adelante e incluir el MP preventivo dentro de su programa.

Tras la revisión sistemática de artículos sobre la Episiotomía queda patente que su uso rutinario es uno de los grandes anacronismos de la Obstetricia moderna pues queda suficientemente demostrado lo pernicioso para la salud de su ejecución. Considero por tanto de vital importancia concienciar a la población femenina de la importancia de proteger el periné durante el embarazo y de protegerlo también de la episiotomía; Esto último requiere de un esfuerzo por un cambio de mentalidad que supone reconocer y cambiar falsas creencias como son falsas indicaciones y falsos beneficios de la episiotomía. Este concepto deberá hacerse visible a los alumnos desde la Universidad en el Grado de Enfermería, a las enfermeras de AP que entren en contacto con la gestante y a las enfermeras de planta de toco-ginecología en el hospital donde las gestantes prodrómicas podrán ser informadas en última instancia.

El primer objetivo de mi estudio ha sido de fácil consecución pues existe sobrada y avalada evidencia acerca de la idoneidad del MP en el embarazo como prevención del trauma perineal en el parto. El segundo objetivo lo estimo sencillo teniendo en cuenta que la herramienta que necesita el enfermero para pilotar mi propuesta ya existe en AP y además está recomendada por instituciones de peso como son la SEGO (8), el SNS (9) y el SAS (10). Por último el Plan de Cuidados ha podido realizarse sin problemas pues existen diagnósticos, objetivos e intervenciones adecuadas para ello.

7.1 Limitaciones

La principal limitación la he encontrado en cuanto a la realización del procedimiento de masaje en sí pues faltan estudios al respecto.

7.2 Propuestas

- La realización de más estudios en cuanto a la forma, duración, frecuencia diaria y periodicidad del masaje para que la gestante pueda beneficiarse de sus mejores resultados.
- Inclusión del MP como un Teórico Práctico de la asignatura de Educación Sexual y Reproductiva.

8. CONCLUSIONES

8.1 El masaje perineal antes del parto reduce la probabilidad de traumatismo perineal y principalmente episiotomías.

8.2 Es necesario que las mujeres reciban información acerca de los beneficios del masaje perineal e instrucción sobre la forma de practicarlo

8.3 Es necesario abandonar el uso de la episiotomía rutinaria e informar a este respecto al personal de enfermería e informar y concienciar al resto de la población.

BIBLIOGRAFIA

1. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 1999; 2:522-32.
2. Kettle C. Perineal tears.3.^a ed. London: Nursing Times Books; 1999
3. Mona T. Lydon-Rochelle, Leah Albers, Dusty Teaf . Perineal outcomes and nurse-midwifery management. J Nurse Midwifery. 1995; 40(1):13-18.
4. Sampsel CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. J Nurse Midwifery. 1999; 44(1):36-39.
5. Berajano J, Álvarez C. Ensayo clínico aleatorizado abierto de dos grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta a partir de las semanas 34-36 de gestación para la reducción de desgarros de primer y segundo grado en el periodo expulsivo del parto. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas. 2012; 4 (5): 43-65.
6. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, Laperrière L. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999; 180 (3): 593-600
7. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ. 2001; 322(26):1277-80.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2007. (Fecha de consulta 18-08-2013). Disponible en:
http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007. (Fecha de consulta 19-08-2013). Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

10. Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio. 2ª Ed. Consejería de Salud. Sevilla 2005. (Fecha de consulta 19-08-2013). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/>
11. Cunningham GG, Grant NF, Levero KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, et al. *Williams Obstetricia*. 23ª. ed. México DF: McGraw-Hill; 2011.
12. Wooley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1995; 50: 806-35.
13. Salas, E. Critical perspective of the historical background of episiotomy. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2012; 23:1-7.
14. Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (11)
15. Hartmann, Katherine; Viswanathan, Meera; Palmieri, Rachel; Gartlehner, Gerald; Thorp, John; et al. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2005; 293 (17): 2141-2148.
16. Belizan JM, Carroli G. Routine episiotomy should be abandoned. *BMJ*. 1998; 317 (7169): 1389.
17. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. Number 71. 2006; 107(4):957-962. Disponible en: <http://www.acog.org/~media/ACOG%20Today/acogToday0406.pdf?dmc=1&ts=20130902T1215451189>
18. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Incontinence in women. Publication date: June 2002. (Fecha de consulta 17-08-2013). Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/>
19. College Nationale de Gynecologues et Obstetriciens Français. L'episiotomie, recommandations pour la pratique Clinique. 2005. (Fecha de consulta 17-08-2013). Disponible en: <http://www.engof.asso.fr/>
20. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Guidelines for Operative Vaginal Birth. 148, August 2004. (Fecha de consulta 18-08-2013). Disponible en: http://www.sogc.org/index_e.asp

21. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. 2005; 32(3):219-23.
22. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to trauma in childbirth. J Nurse Midwifery. 1996; 41(4):269-76.
23. Juan Carlos Melchor, José Luis Bartha, Jordi Bellart, Alberto Galindo, Mónica Miño, Alfredo Perales. Prog Obstet Ginecol. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Progresos de ginecología obstetricia. 51 (9): 559-63.
24. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: 1999. (Fecha de consulta 18-08-2013). Disponible en: <http://www.WHO/FRH/MSM>.
25. American College of Nurse-Midwives. Perineal massage in pregnancy. (Fecha de consulta 19-08-2013). Disponible en: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000656/Perineal%20Massage%20in%20Pregnancy.pdf>
26. Royal College of Midwives. Midwifery Practice Guideline. Care of the Perineum. (Fecha de consulta 20-08-2013). Disponible en : <http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/evidence-based-guidelines/>
27. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: 2003. Organización Mundial de la Salud.
28. Interrelaciones NNN. Bradford, UK. Emerald Publishing Group. (Fecha de consulta 22-08-2013). Disponible en: http://almirez.ual.es/search~S2*spi?/Xnanda+nic+noc&searchscope=2&SORT=D/Xnanda+nic+noc&searchscope=2&SORT=D&extended=0&SUBKEY=nanda+nic+noc/1,2,2,B/I856~b1426127&FF=Xnanda+nic+noc&searchscope=2&SORT=D&2,2,,1,0
29. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest. 1991; 31(4):213-6.

30. Myers-Helfgott, M G; Helfgott, A W; Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? National Library of Medicine. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 1999; 26 (2): 305-325.
31. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002; 81(1):44-9.
32. Steen M. Care and consequences of perineal trauma. British Journal of Midwifery. 2010; 18 (11): 710-5.
33. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane database of systematic reviews 2013; 4:1.
34. Martin S, Labrecque M, Marcoux S, Berube S, Pinault JJ. The association between perineal trauma and spontaneous perineal tears. J Fam Pract. 2001; 50(4):333-37.
35. Davidson K, Jacoby S, et al. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. J Obstet Gynecol Nurs. 2000; 29 (5): 474-9.
36. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 1997; 104: 787-91.
37. Sanz J. El masaje perineal ¿es efectivo para prevenir los traumatismos perineales? Editorial OB Stare. 2007. Otoño; 2: 6-8. Autor desconocido.
38. Alper BS. Evidence-based medicine. Antenatal perineal massage reduces use of episiotomy. Clinical Advisor. 2006 May; 9(5):118.
39. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. Br J Obstet Gynecol. 2001; 108 (5): 499-504.
40. Calais-Germaine B. Anatomía para el movimiento: el periné femenino y el parto: elementos de anatomía y bases de ejercicios. 1ª ed. Barcelona: Libros de la liebre de marzo; 2007. p. 35-36

ANEXO I



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
 ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA
 NORTE DE ALMERÍA

UGC Ginecología



EPISIOTOMÍA	Año 2003 (951)	Año 2004 (947)	Año 2005 936	Año 2006 (N=1068)	Año 2007 (1177)	Año 2008 (1153) (1)	Año 2009 1343-211-6- 72=1.054	Año 2010 (N=1016 partos vaginales) (N= 944 partos eutócicos)	Año 2011 (N=1075 PV) (N=967 PE)
No	567 (59,62%)	620 (65,46%)	556 (59,40%)	763 (71,44%)	1004 (85,30%)	1020 (88,46%)	971 (92,12%)	916/1016 (90,16%) 878/944 (93,01%)	
Si	384 (40,37%)	327 (34,53%)	380 (40,59%)	305 (28,55%)	173 (14,69%)	133 (11,53%)	83 (7,87%)	100/1016 (9,84%) 66/944 (6,99%)	104/1075 (9,67% PV) 52/985 (5,27% PE)

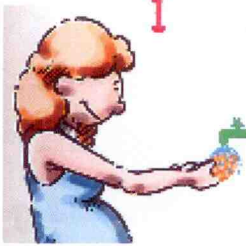
Partos eutócicos

NO EPISIOTOMÍA	Año 2003 (567)	Año 2004 (620)	Año 2005 (556)	Año 2006 (763)	Año 2007 (1004)	Año 2008 (1020)	Año 2009 (971)	Año 2010 (878)	Año 2011 (915)
No desgarro	229 (40,38%)	230 (37,09%)	217 (39,02%)	271 (35,51%)	410 (40,83%)	421 (41,27%)	392 (40,37%)	346 (39,41%)	346 (37,81%)
Tipo I	248 (43,73%)	300 (48,38%)	283 (50,89%)	395 (51,76%)	397 (39,54%)	402 (39,41%)	393 (40,47%)	344 (39,18%)	352 (38,46%)
Tipo II	84 (14,81%)	89 (14,35%)	54 (9,71%)	96 (12,58%)	193 (19,22%)	189 (18,52%)	181 (18,64%)	183 (20,84%)	211 (23,06%)
Tipo III	6 (1,05%)	1 (0,16%)	2 (0,35%)	1 (0,13%)	4 (0,39%)	8 (0,78%)	5 (0,51%)	3 (0,34%)	5 (0,54%)
Otros desgarros								2 (0,23%) (Periclitoroideo, labio anterior de cérvix)	1 D4 (0,10%)

EPISIOTOMÍA	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007 (173)	Año 2008 (133)	Año 2009 (83)	Año 2010 (66)	Año 2011 (52)
No desgarro						101 (75,93%)		51 (77,27%)	40 (76,92%)
Tipo I						17 (12,78%)		8 (12,12%)	6 (11,53%)
Tipo II						11 (8,27%)		7 (10,61%)	5 (9,61%)
Tipo III				4	3 (1,70%)	4 3 %)	1 (1,20%)	0	1 (1,92%)
Tipo IV					3 (1,70%)			0	

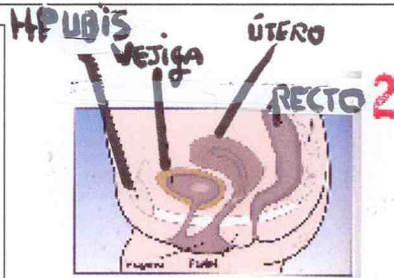
EPISIOTOMÍA- PRIMIPARAS	Año 2003 (496- 75=421)	Año 2004 P. E=422	Año 2005 (437)	Año 2006 (468)	Año 2007 (547)	Año 2008 (565)	Año 2009 (519)	Año 2010 (446)	Año 2011 (428)
No	158 (37,52%)	185 (43,83%)	156 (35,69%)	242 (51,70)	419 (76,59%)	459 (81,23%)	448 (86,31%)	397 (89,02%)	
Si	263 (62,47%)	237 (56,16%)	281 (64,30%)	226 (48,29%)	128 (23,40%)	106 (18,76%)	71 (13,68%)	49 (10,98%)	40 (9,34%)

ANEXO II. TÉCNICA DE MASAJE PERINEAL

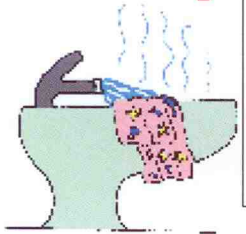


1

Lávese bien las manos (uñas recortadas y limpias)



Vacíe la vejiga de la orina antes de realizar el masaje. Familiarícese con su propio periné; puede ayudarse de un espejo.



3

Puede aplicarse compresas templadas o realizar el masaje tras la ducha.



4

Colóquese cómodamente. Puede adoptar una posición en cuclillas, semisentada, o apoyada en la pared.



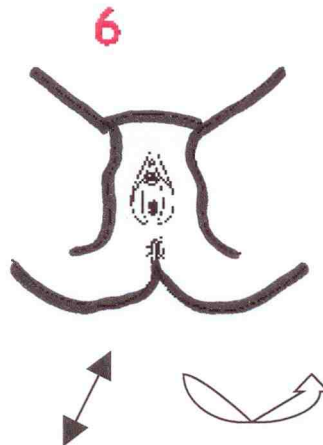
5

Introduzca el/los dedos en la vagina 3-4cm, presiónese hacia abajo, y hacia los lados de la vagina con un movimiento de balanceo firme pero delicado, estirando la zona hasta que sienta una leve sensación de quemazón o escozor.

A continuación deslice el dedo desde el fondo de la vagina hacia afuera y viceversa, manteniendo una ligera presión durante 2 minutos.

Coloque el/los dedos en la entrada de la vagina (horquilla) y realice una presión hacia abajo durante unos 2 minutos o hasta que le moleste. Esto le ayudará a imaginar la presión que ejercerá la cabeza del bebé.

Si se realiza automasaje, es más cómodo usar el pulgar. Para la pareja lo será el índice y/o corazón. Lubrique sus dedos con el aceite de Rosa Mosqueta



6

Después coja esta zona entre el dedo pulgar y los opuestos, a modo de pinza, y realice un movimiento de vaivén, de un lado al otro, para estirar el tejido de la entrada de la vagina y la piel del periné; realice este movimiento durante 2-3 minutos.

Para terminar, manteniendo los dedos en la misma posición, realice estiramientos desde dentro hacia afuera abarcando la zona inferior y lateral de la vagina y piel del periné, durante 2 minutos, esto le ayudará a relajar la zona.

"La frecuencia del masaje será de 3 veces por semana durante 10 minutos.

Se realizará al menos durante 3 semanas a partir de la 34ª semana de gestación".

ANEXO III: HOJA DE AUTORREGISTRO

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha de inicio: ___/___/_____ FUR

<p>Fecha:</p> <p>Tiempo de masaje: min</p> <p>Aplicación de calor previo:</p> <p> SI NO</p> <p>Masaje aplicado por: /por mi pareja</p>	<p>Fecha:</p> <p>Tiempo de masaje: min</p> <p>Aplicación de calor previo:</p> <p> SI NO</p> <p>Masaje aplicado por: /por mi pareja</p>
<p>Fecha:</p> <p>Tiempo de masaje: min</p> <p>Aplicación de calor previo:</p> <p> SI NO</p> <p>Masaje aplicado por: /por mi pareja</p>	<p>Fecha:</p> <p>Tiempo de masaje: min</p> <p>Aplicación de calor previo:</p> <p> SI NO</p> <p>Masaje aplicado por: /por mi pareja</p>
<p>Fecha:</p> <p>Tiempo de masaje: min</p> <p>Aplicación de calor previo:</p> <p> SI NO</p> <p>Masaje aplicado por: /por mi pareja</p>	<p>Fecha:</p> <p>Tiempo de masaje: min</p> <p>Aplicación de calor previo:</p> <p> SI NO</p> <p>Masaje aplicado por: /por mi pareja</p>

