



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

“MASAJE PERINEAL PRENATAL EN LA REDUCCIÓN DE COMORBILIDADES POSTPARTO”

Alumno/a: MORENO VÁZQUEZ, SARA

Tutor: Dr. CAYUELA FUENTES, PEDRO SIMÓN

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2021-2022

Código de Investigación Responsable (COIR):

TFM.MPA.PSCF.SMV.220609.

INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 13 de junio del 2022

Nombre del tutor/a	PEDRO SIMÓN CAYUELA FUENTES
Nombre del alumno/a	SARA MORENO VÁZQUEZ
Tipo de actividad	3. Propuesta de intervención: En este supuesto el alumno propone una intervención (clínica o similar) que no se realiza. Tampoco accede a historias clínicas ni datos personales de ningún tipo
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	MASAJE PERINEAL PRENATAL EN LA REDUCCIÓN DE COMORBILIDADES POSTPARTO
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	220609180524
Código de Investigación Responsable	TFM.MPA.PSCF.SMV.220609
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **MASAJE PERINEAL PRENATAL EN LA REDUCCIÓN DE COMORBILIDADES POSTPARTO** ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de



prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



RESUMEN:

Introducción: El traumatismo perineal intraparto se ha relacionado con una significativa morbilidad a corto y largo plazo. Dentro de los mecanismos protectores de aplicación prenatal, destaca el masaje perineal o la estimulación táctil aplicada desde la horquilla vulvar; con lo que se pretende preparar la musculatura pélvica para el parto aumentando la elasticidad y disminuyendo así la resistencia durante la distensión.

Objetivo: Evaluar la efectividad del masaje perineal en la reducción de traumatismos perineales y de comorbilidades postparto (dolor, problemas en la esfera sexual, satisfacción de las mujeres).

Metodología: Ensayo clínico aleatorizado en mujeres a partir de las 32 semanas de embarazo que acuden a las clases de preparación a la maternidad del Centro de Salud Cartagena Oeste. Se estima una población anual de 246 gestantes, con una muestra de 78 mujeres (IC:95%; E: 10%). La captación y asignación al grupo control (educación maternal tradicional) o intervención (educación maternal tradicional y formación en masaje perineal) se realizará de forma proporcional mediante sobres cerrados que la gestante elegirá aleatoriamente en la consulta de seguimiento la semana 28. Se evaluará la fuerza de la musculatura perineal pre y post intervención a través de la Escala Oxford y se administrarán los cuestionarios: índice de función sexual femenina, escala Mackey y escala numérica del dolor para la evaluación del resto de variables a las 6 semanas y 6 meses postparto.

Aplicabilidad: Las mujeres que realicen el masaje perineal presentarán menor incidencia de comorbilidades postparto y experimentaran relaciones de pareja más satisfactorias y una mayor satisfacción con la experiencia de nacimiento. Además, dado la sencillez de la técnica podrá ser realizada por la propia mujer o su pareja, sin suponer costes adicionales para el sistema.

Palabras clave: Mujeres embarazadas, perineo, masaje, episiotomía, sexualidad, dolor, educación en Salud.

ABSTRACT:

Introduction: Intrapartum perineal trauma has been associated with significant short- and long-term morbidity. Regarding prenatal protective mechanisms, perineal massage or tactile stimulation applied from the vulvar fourchette stands out. It intends to prepare the pelvic muscles for childbirth by increasing elasticity and thus reducing resistance during distension.

Objective: To assess the effectiveness of perineal massage in reducing perineal trauma and postpartum comorbidities (pain, sexual problems, women's satisfaction).

Design and methodology: Randomized clinical trial in pregnant women from 32 weeks pregnancy who attend the maternity preparation classes at Cartagena Oeste Health Centre. Estimated annual population of pregnant women is 246, sample of 78 women (CI: 95%; E: 10%). The enrolment and assignment to the control group (traditional maternal education) or intervention (traditional maternal education and perineal massage training) will be carried out proportionally by means of sealed envelopes that the pregnant woman will randomly choose from in the follow-up consultation at week 28. The strength of the perineal muscles will be evaluated before and after the intervention through the Oxford Scale and questionnaires: index of female sexual function, Mackey scale and numerical pain scale; evaluating the rest of the variables at 6 weeks and 6 months postpartum.

Applicability: Women who undergo perineal massage will have a lower incidence of postpartum comorbidities, more satisfying relationships and greater satisfaction with the overall birth experience. In addition, given the simplicity of the technique, it can be performed by the woman herself or her partner, without incurring additional costs for the system.

Keywords: Pregnant women, perineum, massage, episiotomy, sexuality, pain, health education.

ÍNDICE

Pregunta de investigación.....	1
Pregunta en formato PICO.....	1
Antecedentes y estado actual del tema.....	1
Justificación	5
Hipótesis y Objetivos de la investigación.....	6
Material y métodos	7
Diseño y tipo de estudio.....	7
Población diana y de estudio.....	7
Criterios de inclusión y exclusión	7
Cálculo del tamaño de la muestra	8
Método de muestreo	8
Método de recogida de datos	8
Variables	9
Descripción de la intervención	10
Descripción del seguimiento	11
Estrategia de análisis estadístico	11
Aplicabilidad y utilidad de los resultados	12
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	12
Limitaciones y posibles sesgos.....	13
Problemas éticos	13
Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	14
Personal que participará	15
Instalaciones, instrumentación.....	15
Presupuesto.....	16
Bibliografía.....	17
Anexos	20

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las mujeres primigestas a partir de las 32 semanas de gestación atendidas en el centro de Salud Cartagena Oeste, perteneciente al Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud, que realizan el masaje perineal presentan mejores resultados perineales en cuanto a disminución de lesiones perineales, reducción del dolor postparto, más fuerza de la musculatura de suelo pélvico, menores tasas de dispareunia y una mayor satisfacción con la experiencia del nacimiento, que aquellas mujeres que no lo realizan?.

PREGUNTA EN FORMATO PICO

- **P (población objeto de estudio):** Mujeres primigestas a partir de las 32 semanas de gestación atendidas en el centro de Salud Cartagena Oeste perteneciente al Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud.
- **I (intervención):** Realización del masaje perineal supervisado.
- **C (comparación):** Mujeres primigestas a partir de las 32 semanas de gestación que no realizan el masaje perineal.
- **O (resultado):** Menor incidencia de lesiones perineales, reducción de dolor postparto y dispareunia, más fuerza de la musculatura de suelo pélvico, mayor satisfacción con la experiencia del nacimiento.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La evolución social de los últimos años tiende hacia la recuperación del papel protagonista de la mujer en todo el proceso de embarazo, parto y crianza, por lo que nuestro trabajo diario, como profesionales sanitarios en contacto directo con las mujeres, debe ir encaminado a dar respuesta a las demandas de una sociedad en continuo proceso de cambio y de las que se han hecho eco numerosas sociedades y asociaciones.¹

En este contexto, se encuadra el concepto de Parto Normal, definido como el proceso fisiológico último de inicio espontáneo con el que la mujer finaliza su embarazo sin complicaciones. En él, participan factores psicológicos y culturales y no precisa más que apoyo integral y respetuoso, según la Federación de Asociaciones de Matronas de España.²

Por otro lado, el traumatismo perineal se define como aquella lesión producida

durante la etapa de expulsivo, tras realizar una episiotomía (práctica comúnmente utilizada en la asistencia al parto) o bien el producido de forma espontánea como desgarro del canal blando del parto³ y que se clasificará en diferentes grados numerados del 1 al 4 en función de las estructuras afectadas. En relación con lo anterior, se han descrito, entre otros, como factores de riesgo de traumatismo perineal: la primiparidad, partos instrumentales (cuyo empleo se ha visto incrementado por el uso creciente de la analgesia epidural) peso del bebé (≥ 3500 g), perímetro cefálico fetal, mal posición fetal, índice de masa corporal, edad materna, elevado aumento de peso materno durante la gestación o prolongación de la segunda etapa del proceso de parto más allá de las dos horas de duración.⁴ Además, el riesgo de desgarro espontáneo aumenta de forma exponencial en el segundo parto en aquellas mujeres con antecedente de traumatismo perineal. En contraposición a lo anterior, algunas razas han sido descritas como factor protector de traumatismo perineal, tal es el caso de las mujeres afroamericanas, caucásicas o asiáticas.⁵

El traumatismo perineal se ha relacionado con una significativa morbilidad a corto y largo plazo. De forma inmediata tras el parto: aumenta la hemorragia y la necesidad de sutura, incrementando así los costes. Además, se relaciona con mayor dolor perineal y una mayor dificultad para la movilidad lo que podría repercutir de forma negativa en la alimentación del recién nacido (limita las posiciones para la lactancia materna). En la misma línea, en los casos más severos se pueden llegar a producir prolapsos e incontinencias tanto urinarias como fecales, además de dispareunia. Todo lo anterior, puede llegar a ocasionar un gran impacto en la salud mental de las mujeres, acarreando una serie de patologías que pueden ir desde ansiedad o depresión hasta la construcción de una visión negativa acerca del embarazo.⁶

Aún en el caso de que no existan lesiones perineales, la mayoría de las mujeres experimentan y refieren algún tipo de malestar perineal en los primeros días del puerperio. El 40% refiere dolor en las dos primeras semanas postparto y hasta un 10% continúan afectadas más allá de los tres meses.

En la esfera sexual, aquellas mujeres con periné íntegro presentan más probabilidades de reanudar las relaciones sexuales antes y con menos dolor, lo que se traduce en una mayor satisfacción con la experiencia sexual, y mayor probabilidad de orgasmo; mientras que hasta un 60% de las mujeres que han

experimentado algún tipo de traumatismo perineal intraparto, verbalizan dispareunia (relaciones sexuales dolorosas) a los tres meses postparto, el 30% a los seis meses y hasta un 15% de mujeres continúa refiriendo relaciones sexuales dolorosas hasta tres años después.

Por otra parte, la tasa de lesiones más graves con afectación de esfínter anal afecta al 4% de todos los partos vaginales; llegando a ocasionar incontinencia hasta en un tercio de las mujeres que los sufren. No obstante, se estima que el 35% de las primíparas tienen evidencia ecográfica de traumatismo de tercer o cuarto grado que no se reconoce en el momento del parto.⁷

En los últimos años, se han realizado diferentes estudios acerca de las distintas intervenciones clínicas protectoras de traumatismo perineal, clasificándolas según su momento de aplicación en prenatales o intraparto. Así pues, dentro de las anteparto o prenatales, cabe destacar el papel protector del masaje perineal o la estimulación táctil aplicada desde la horquilla vulvar; con lo que se pretende entrenar la musculatura perineal anteparto, aumentando la elasticidad y disminuyendo así la resistencia durante la distensión.¹ Así pues, el suelo pélvico está compuesto por una serie de músculos con control voluntario que actúan como soporte para los órganos pélvicos. De entre ellos destaca el elevador del ano que junto con el coccígeo forman el llamado diafragma pélvico que ocupa la mayor parte del suelo pélvico. Si bien la técnica no parece estar estandarizada y el momento de inicio varía según los diferentes autores, oscilando entre las 30 y 37 semanas de gestación, la mayoría parecen coincidir en la necesidad de ser constantes en su realización, mínimo una vez al día y al menos durante 3 o 4 días por semana; pudiendo ser realizado por la propia mujer o ayudada por otra persona.⁸

Analizando la evidencia de los últimos 5 años encontramos una revisión sistemática de 22 ensayos, publicada en 2017, en la que se obtuvo como conclusión un aumento del número de casos de periné íntegro tras la realización del masaje perineal, así como una reducción de traumatismos severos (III y IV grado). Respecto a las episiotomías, parece ser que puede reducir su número, aunque hubo una incertidumbre considerable acerca de la estimación del efecto.⁹ Sobre la necesidad de incluir el masaje perinatal en las clases de preparación a la maternidad, en 2017 se publicó una revisión integradora de la literatura, de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas, en la que se concluyó que la

enseñanza del masaje en el último trimestre de la gestación es una de las principales opciones que la matrona debe ofrecer como medida de prevención de traumatismos de la zona perineal. Además, añade que su realización mejora con el empleo de lubricantes. Del mismo artículo podemos extraer otros resultados coadyuvantes para la reducción de lesiones entre las que destacan la realización de ejercicio físico durante la gestación con una frecuencia regular. Entre las acciones intraparto encontramos la limitación de la manipulación perineal, fomentar el cambio de posición de la madre y el empleo de paños calientes durante la segunda etapa de expulsivo. También, pone de manifiesto la necesidad de fomentar el empoderamiento de la madre durante todo el proceso.¹

En 2018, se publicó una revisión sistemática cuyos resultados apoyan la idea anteriormente expuesta, encontrando mejores resultados cuando el masaje es apoyado con la realización de ejercicios fortalecedores de la musculatura. Aunque no se obtuvo consenso sobre el momento idóneo para comenzar.¹⁰

Ese mismo año se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado en Nigeria comparando la realización del masaje con la no intervención, obteniendo resultados significativos: mayores tasas de perinés íntegros ($p= 0,02$) y una menor incidencia de episiotomías y de incontinencia fecal posterior ($p= 0,03$) en el grupo intervención respecto al grupo control que no realizó el masaje.¹¹

En 2020, se publicó un metaanálisis con una muestra de 3467 mujeres, encontrando entre las que recibieron masaje perineal menor tasa de episiotomías y desgarros severos, así como una mejor cicatrización con menos dolor en el postparto. Además, aquellas mujeres que realizaron el masaje anteparto parecen presentar menos incontinencia fecal posterior y sus bebés obtuvieron puntuaciones más altas en el test de Apgar.¹²

La evidencia publicada más reciente, data de 2021. Una revisión sistemática, compuesta por 10 artículos y una muestra de estudio de más de 3000 mujeres, cuyos resultados refuerzan el empleo del masaje perineal al considerarlo una técnica sencilla y segura, encontrando mejores resultados respecto a la reducción de traumatismos, cuando es realizado por primigestas, aunque también se obtienen beneficios en múltiparas, resaltando la reducción del dolor en el periodo puerperal.¹³

Específicamente, en el Área de Salud propuesta para el proyecto se realizó un

estudio cuantitativo descriptivo dirigido a conocer el conocimiento de los profesionales en lo relacionado con la prevención de traumatismos perineales. Del mismo podemos extraer que si bien el masaje perineal actúa como factor protector cuando se realiza de forma prenatal, no aporta resultados clarificadores cuando se realiza intraparto por lo que su realización debería limitarse a la gestación.¹⁴

En la misma línea, encontramos las actualizaciones de las guías de práctica clínica de la OMS¹⁵ y del “American College of Obstetricians and Gynecologists”¹⁶ incluyendo el masaje perineal como factor protector del traumatismo perineal al disminuir la resistencia de la musculatura.

JUSTIFICACIÓN

Un porcentaje elevado de mujeres desarrollan algún tipo de traumatismo en la zona perineal durante el parto, provocando repercusiones tanto a nivel físico (numerosas comorbilidades asociadas), como psicológico y económico. En numerosas ocasiones, estas disfunciones son infravaloradas por las pacientes y por los profesionales, al no interferir de forma directa en la realización de las actividades diarias y ser asumidas como consecuencias esperadas tras un embarazo o parto.

Si bien la evidencia actual disponible es amplia respecto a la disminución de traumatismos, no lo es tanto a la hora de analizar otros factores como la disminución del dolor postparto, dispareunia posterior o satisfacción de las mujeres, entre otros. Así pues, en esta línea, la considerable morbilidad e impacto que ocasiona el traumatismo perineal junto con la labor intrínseca de la matrona de ofrecer y estar en continua búsqueda de la excelencia en la calidad de los cuidados prestados a la mujer, frente a la heterogenicidad de la evidencia publicada, justifican la necesidad urgente de identificar acciones que minimicen los traumatismos perineales; centrando nuestra investigación en el masaje perineal como factor protector del traumatismo perineal al considerarlo una técnica relativamente sencilla, que puede ser realizada por la propia mujer o su pareja y que además no supone costes adicionales para el sistema, al incluir su formación dentro del programa de sesiones de preparación a la maternidad y realizar su seguimiento en las consultas habituales de control.

HIPÓTESIS

Las mujeres primigestas que tras asistir a una sesión formativa acerca del masaje perineal, y lo realizan a partir de las 32 semanas de gestación, presentan menor incidencia de comorbilidades postparto, relaciones de pareja más satisfactorias y mayor satisfacción con la experiencia de nacimiento.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Evaluar la efectividad del masaje perineal en mujeres primíparas desde las 32 semanas de embarazo, tras recibir formación desde las sesiones de educación maternal, en la reducción de traumatismos perineales.

Objetivos específicos:

- Identificar una disminución en la aparición de traumatismos perineales intraparto reflejados en la hoja de paritorio.
- Identificar una disminución en la intensidad del dolor descrito en el postparto mediante la escala numérica.
- Determinar si existe menor incidencia de disfunciones sexuales en el postparto tras la realización del masaje a través del cuestionario índice de función sexual femenina.
- Identificar una mejora en la fuerza de la musculatura pélvica pre y post realización del masaje mediante la puntuación obtenida en la escala Oxford.
- Identificar si existe relación entre la realización del masaje perineal y la vivencia de una experiencia de nacimiento más gratificante a través de la Escala Mackey.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Ensayo clínico aleatorizado.

Población diana y población a estudio

- Población diana: Mujeres gestantes a partir de las 32 semanas de embarazo pertenecientes al Área II de Salud, del Servicio Murciano de Salud.
- Población a estudio: Mujeres gestantes a partir de las 32 semanas de embarazo que acuden a las clases de preparación a la maternidad del Centro de Salud Cartagena Oeste, Área II de Salud, del Servicio Murciano de Salud.

El Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud engloba a los municipios de Cartagena, Fuente Álamo, Mazarrón y La Unión, con el Santa Lucía como hospital de referencia. Esta área cuenta con una población de 370.000 habitantes de los que 143.328 son mujeres y 53.243 de éstas, se encuentran en edad reproductiva (15-44 años).¹⁷ Según la información facilitada desde el complejo hospitalario de Cartagena, el número total de nacimientos del área durante el pasado año se situó en 2386, de los que 246 pertenecieron a la Zona Básica de Salud de Cartagena Oeste.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Primigestas.
- Normopeso al inicio de la gestación (IMC < 30).
- Mayores de 18 años.
- Feto único.
- Gestantes que tras ser debidamente informadas acepten firmar el consentimiento (Anexo I)

Criterios de exclusión:

- Barrera idiomática.
- Intención de parto en hospital privado.
- Contraindicación para parto vaginal.
- Patología previa documentada de suelo pélvico (prolapsos, ...)

- Diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Cálculo del tamaño de la muestra

La estimación del tamaño muestral necesario para asegurar la viabilidad del proyecto y la inferencia de los resultados a la población a estudio se ha realizado a partir de una hoja de cálculo de la Universidad de Granada; admitiendo un error máximo del 10% y un intervalo de confianza (IC) del 95%. Así pues, el tamaño muestral recomendado es de 70 gestantes, que se elevaría hasta un total de 78 mujeres gestantes tras aumentar la muestra en un 10% con el fin de solventar las posibles pérdidas.

Método de muestreo

La captación de las gestantes y asignación al grupo control o intervención se realizará mediante sobres cerrados que la gestante elegirá de forma aleatoria en la consulta de seguimiento de la semana 28; muestreo aleatorio simple. Serán incorporadas al estudio aquellas gestantes que, tras recibir la información oportuna, acepten firmar el consentimiento informado.

La posibilidad de generalizar los resultados obtenidos es posible dentro de un medio sanitario con características, medios y procedimientos similares.

Método de recogida de datos

Una vez obtenido el tamaño muestral adecuado, se contactará con las gestantes de forma telefónica para informar sobre el inicio de las sesiones de educación maternal, según el grupo al que hayan sido asignadas: Grupo A o intervención que recibirá además de la educación estándar una sesión extra sobre el masaje perineal: beneficios y técnica de realización; y grupo B o grupo control que recibirá la educación maternal estándar de 4 sesiones.

La recogida de datos respecto a la fuerza de la musculatura perineal será valorada en todas las gestantes en la visita rutinaria de las 28 semanas y posteriormente se revalorará en la visita postcuarentena a través de la escala Oxford. (Anexo II)

El resto de las variables serán medidas al finalizar la intervención educativa en diferentes momentos del postparto definidos a continuación:

- Molestias perineales postparto: cuantificadas mediante la escala Numérica

del Dolor, durante la primera visita a la semana postparto y en el seguimiento posterior postcuarentena (6 semanas y 6 meses postparto). (Anexo III)

- Disfunción sexual postparto: medida con el Cuestionario Índice de función sexual femenina a los 6 meses postparto. (Anexo IV)

- Satisfacción de las gestantes con la experiencia del parto: cuestionario autocumplimentado de la Escala Mackey en la visita postcuarentena. (Anexo V)

La recogida de los datos referentes al proceso de nacimiento se llevará a cabo en la primera visita tras el nacimiento a partir de la entrevista realizada a la mujer y los datos disponibles en el formulario de Partograma Ampliado del programa informático Selene.

Variables

Independientes:

- Edad: variable cuantitativa continua numérica, medida en fecha de nacimiento.
- Nacionalidad: cualitativa nominal politómica.
- Nivel de estudios: cualitativa nominal politómica (sin estudios, estudios medios, superiores, universitarios).
- Estado civil: cualitativa nominal politómica (soltera, casada, separada, divorciada).
- Índice de masa corporal: cuantitativa continua.
- Peso del recién nacido: cuantitativa continua medida en gramos.

Dependientes:

- Lesión perineal: variable cualitativa nominal politómica (desgarro de primer, segundo, tercer o cuarto grado y/o presencia de episiotomía).
- Contractilidad de la musculatura perineal: cuantitativa discreta. Será clasificada en 6 grados (del 0 al 5) en función de la fuerza medida según la Escala Oxford.
- Función sexual femenina: cuantitativa discreta numérica. Dicha variable será analizada mediante un cuestionario autoadministrado de 19 preguntas y 5-6 opciones de respuesta para cada una, que evalúan de forma rápida (no más de 10 minutos) los diferentes aspectos de la sexualidad (Deseo, Excitación, Satisfacción, Lubricación, Orgasmo y

- Dolor); pudiendo obtener una puntuación final que oscile entre 2 y 36 (mejor sexualidad).
- Satisfacción materna: variable cuantitativa discreta. Medida a través de la escala Mackey. Cuestionario autocumplimentado constituido por 34 puntos distribuidos en cinco apartados que aluden a la mujer (9 preguntas), pareja (2), recién nacido (3), matrona (9) y obstetra (8). Además, incluye una subescala de valoración global de la experiencia (3). Cada aspecto se evalúa en una escala Likert de 5 puntos (desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5)). La suma de los diferentes valores asignados refleja la puntuación final obtenida, así pues, a mayor puntuación, mayor es la satisfacción.
 - Dolor perineal postparto: variable cuantitativa discreta. Se cuantificará mediante la escala numérica del dolor con valores que oscilan entre 0 o ausencia de dolor y 10 como dolor máximo.

Descripción de la intervención

Una vez finalizada la sesión de educación maternal se procederá a la realización del masaje perineal. La técnica consiste en: con las manos limpias, insertar el dedo pulgar e índice 3 cm en la entrada de la vagina desde el introito, bien por la propia mujer o por la persona que elija para realizarlo. Tras insertar los dedos se realiza un barrido hacia abajo y posteriormente a ambos lados, empleando para mejorar la elasticidad algún tipo de aceite lubricante (coco, almendras). Debe continuar con el barrido lateral hasta que la mujer sienta sensación de ardor u hormigueo, tras lo cual debe mantener presión de forma firme hasta sentir entumecimiento de la zona. Una vez explicada la técnica y realizada por las participantes, se les indica que deben realizar el masaje durante diez minutos y con una periodicidad de al menos una vez al día, 3 días por semana.¹¹

La primera sesión práctica del masaje se realizará en la visita rutinaria de control de embarazo de la semana 32 por parte de la matrona entregándole al final de esta un folleto informativo, elaborado por la Federación Nacional de Matronas de España¹⁸, con la información básica para su correcta realización. Posteriormente, el procedimiento se reforzará en las visitas sucesivas programadas de las 36 y 38 semanas. Además, para reforzar el cumplimiento por parte de las pacientes, serán llamadas telefónicamente con una periodicidad

quincenal, y se les pedirá que anoten en un registro la frecuencia y duración de los masajes, así como cualquier incidencia que pueda surgir durante la realización de estos.

Descripción del seguimiento

Las sesiones formativas de la educación maternal comenzarán a partir de las 28 semanas de gestación en ambos grupos con una periodicidad semanal.

El seguimiento postparto comenzará en la visita de los 7-10 días postnacimiento, durante la cual, se recopilarán los datos relativos al parto incluyendo la forma de finalización de este (eutócico, instrumentado, cesárea), así como la existencia de episiotomías o desgarros de cualquier grado. Además, se cumplimentará las escalas e instrumentos de medición de las diferentes variables. Las matronas y obstetras que asistan los nacimientos en el hospital desconocerán el grupo de estudio de las participantes.

El seguimiento posterior de cada una de las variables estudiadas, como se ha especificado anteriormente, se recogerán a las 6 semanas y 6 meses postparto.

Estrategia de análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo e inferencial de las variables sociodemográficas y de interés de la investigación; expresando en porcentajes las variables cualitativas y las cuantitativas en forma de medidas de centralización (media, mediana y moda) y de dispersión (rango y desviación estándar). Los intervalos de confianza serán calculados al 95% ($p < 0.05$).

Para comprobar la homogeneidad entre grupos se realizarán las pruebas estadísticas pertinentes en función del tipo de variable; así pues, se realizará la prueba de la χ^2 (Chi cuadrado) para las variables cualitativas, la t de Student para cualitativas dicotómicas y cuantitativas y el test de ANOVA para variables cualitativas politómicas y cuantitativas. Así mismo, para el estudio de la relación entre variables cuantitativas se calculará el coeficiente de correlación de Pearson (r). Los datos extraídos serán recogidos en el programa Microsoft Excel, empleando posteriormente el programa estadístico SPSS 21.0 para su análisis.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Una vez planteado y desarrollado el proyecto si se cumpliera la hipótesis de estudio y obtuviésemos los resultados esperados con la realización del masaje perineal, se aportaría nuevas evidencias acerca de los beneficios del uso y formación del masaje entre las embarazadas, por lo que consideraríamos oportuno la inclusión del masaje perineal dentro de los cuidados prestados a la mujer desde atención primaria, incluyendo su formación dentro de las sesiones de educación maternal, fomentando entre los profesionales su divulgación con el fin de motivar a las mujeres en su realización.

Obtendríamos de esta forma mayor tasa de perinés íntegros o con lesiones de menor envergadura con la consiguiente reducción de comorbilidades postparto; traduciéndose todo lo anterior en una reducción de costes para el sistema al precisar menos suturas, menos consultas posteriores y una menor necesidad de tratamientos rehabilitadores además de lograr entre las pacientes un mayor grado de satisfacción con la asistencia recibida.

Se evidencia la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación en este campo que consoliden la evidencia ya existente y permitan ampliar los resultados a otros grupos de población al incluir entre la muestra de estudio mujeres de diferente raza.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda de evidencia se ha realizado mediante consulta en las bases de datos: Scielo, Ibecs, Pubmed y Cochrane, empleando en ellas las distintas palabras clave: Mujeres embarazadas (pregnant women), perineo (perineum), masaje (massage), episiotomía (episiotomy), sexualidad (sexuality), dolor (pain), educación en Salud (health Education); combinándolas con los conectores booleanos AND y OR según conveniencia, para la construcción de las distintas cadenas de búsqueda. Así mismo, se han incluido diversos manuales y guías de práctica clínica mencionados en la bibliografía, y se han recuperado algunos artículos oportunos citados en otras fuentes primarias como estrategia de búsqueda “en cadena”.

Como criterios de selección, los artículos debían incluir el masaje como forma de protección perineal, estar publicados en los últimos 5 años para la elaboración

de los antecedentes y ampliando el plazo de publicación únicamente en caso de artículos relevantes y disponibles en inglés o español.

LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

- La participación voluntaria puede resultar un potencial sesgo de selección, dado que las gestantes participantes podrían no resultar comparables a las que no deseen participar. Del mismo modo, puede existir la posibilidad de abandono o no cumplimiento con la realización acordada, lo que se tratará de solventar con seguimiento telefónico adicional a las consultas presenciales pactadas.
- Así mismo el hecho de que sean las propias mujeres o sus parejas quien deban realizar el masaje perineal puede derivar en un posible sesgo de participación si no cumplen con la realización pactada.
- El sesgo de confusión se pretende controlar mediante la asignación aleatoria de las participantes a los grupos de estudio.
- El error aleatorio se cuantificará mediante la amplitud de los intervalos de confianza fijados al 95%.
- El error de cálculo tratará de evitarse ajustando la precisión al máximo del análisis estadístico.
- Exceso de manipulación perineal intraparto que ocasione deterioro de los tejidos previa a la salida de la cabeza fetal.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se garantiza en todo momento el respeto de los preceptos éticos fundamentales:

- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. ¹⁹
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.²⁰
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.²¹
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.²²

Asimismo, se solicitará por escrito al Gerente y al Comité de Ética de

Investigación Clínica del Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud la aprobación del estudio. Se respetará la protección y confidencialidad de los datos y se obtendrá la firma del consentimiento informado por parte de los participantes del estudio.

En la misma línea, se ha solicitado un código a la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad de Miguel Hernández y se le ha asignado el código de registro: TFM.MPA.PSCF.SMV.220609.

CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se estructura en las siguientes fases: (Anexo VI)

- **Primera fase: INICIAL.** Duración estimada: 2 meses (septiembre - octubre 2022).
 - Obtención de permisos: solicitud de aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica y solicitud autorización del gerente del Área de Salud II del Servicio Murciano de Salud.
 - Presentación del proyecto al coordinador del Centro de Salud Cartagena Oeste y aprobación de este.
- **Segunda fase: EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL.** Duración estimada: 9 meses (noviembre 2022 - julio 2023).
 - Captación de las gestantes muestra de estudio, elaboración del grupo intervención y control.
 - Aplicación de la intervención.
 - Tabulación y análisis de los datos recogidos durante el seguimiento.
- **Tercera fase: FINAL.** Duración estimada: 2 meses (agosto – septiembre 2023)
 - Elaboración de conclusiones.
 - Desarrollo del informe final.
 - Difusión de los resultados obtenidos.

PERSONAL QUE PARTICIPARA EN EL ESTUDIO

- Matrona del centro de Salud Cartagena Oeste, investigadora principal. Será la encargada de captar a las gestantes que cumplan los criterios de inclusión, formación de grupo intervención y grupo control, según el muestreo aleatorio simple planificado, impartir la formación oportuna, supervisar la correcta realización del masaje mediante el seguimiento descrito y posterior recolección de datos.
- Graduado en estadística encargado del análisis de los datos.

INSTALACIONES, INSTRUMENTACIÓN

- Sala número 6 del Centro de Salud Cartagena Oeste donde se desarrolla la labor asistencial de la matrona.
- Sala de usos múltiples anexa a la consulta anterior, dónde se impartirán las sesiones de educación maternal.
- Como materiales: aceite de coco prensado en frío o de almendras para la realización del masaje, toallitas húmedas y toallitas de papel; ordenador, proyector y pantalla para el desarrollo de las sesiones formativas; documentos impresos sobre la realización del masaje que se entregará a las gestantes durante la sesión.

PRESUPUESTO

Los recursos económicos estimados para la puesta en marcha del presente proyecto son:

RECURSOS HUMANOS	PRESUPUESTO
Matrona Cartagena Oeste	0€*
Graduado en Estadística	600€
RECURSOS MATERIALES	PRESUPUESTO
<u>Inventariables:</u>	
-Camilla de exploración	0€**
-Ordenador	0€**
-Proyector	0€**
-Pantalla	0€**
<u>No inventariables/fungibles:</u>	
-Aceite de coco prensado en frío (x3)	35€
-Toallitas húmedas y toallitas de papel	10€
-Folios (paquete folios A4 de 500 unidades) x 2	9,98€
-Grapas (caja 5000 unidades)	2,94€
-Bolígrafos (caja 60 unidades)	13,13€
-Fotocopias	12€
PUBLICACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS	
Publicación en Open-acces	1500.00€
TOTAL EUROS	2183.05€

*Salario estipulado por el Servicio Murciano de Salud. La enseñanza, realización y supervisión del masaje, se llevará a cabo durante el horario laboral.

**Material previamente disponible en el centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M. Prevención del traumatismo perineal: Una revisión integradora de la literatura. *Enferm Glob*. 2017;16(3):552–63.
2. Iniciativa al parto normal - FAME [Internet]. 2020 [citado 19 May 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/knowledge-base/iniciativa-al-parto-normal/>
3. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 1 Jun 2022];2(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176333/>
4. Mikolajczyk RT, Zhang J, Troendle J, Chan L. Risk factors for birth canal lacerations in primiparous women. *Am J Perinatol* [Internet]. 2008 [citado 26 Mar 2022];25(5):259–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18509884/>
5. Moreno López J, Agea Cano I. ¿Es efectivo el masaje perineal antenatal con aceite de oliva para disminuir la incidencia de desgarros y la necesidad de episiotomía? [Internet]. 2015 [citado 4 Abr 2022]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/411.pdf>
6. Fahami F, Shokoohi Z, Kianpour M. The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2012 [citado 26 Mar 2022];17(1):52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3590696/>
7. Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, de Souza Caroci A, De Paula Batista Mendes E, Guimarães de Oliveira S, Penha Silva F, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, et al. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. *Enfermería Glob* [Internet]. 2018 [citado 8 Abr 2022];17(51):26–67. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 26 Mar 2022];2013(4). Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23633325/>
9. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 26 Mar 2022];2017(6). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/ful>
 10. Vieira F, Guimarães J V., Souza MCS, Sousa PML, Santos RF, Cavalcante AMRZ. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018 [citado 5 Abr 2022];223:18–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29453137/>
 11. Ugwu EO, Iferikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2018 [citado 8 Abr 2022];44(7):1252–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29607580/>
 12. Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, Mohammed A, Farag EA, Mohammed AE, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2020 [citado 8 Abr 2022];31(9):1735–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399905/>
 13. Azón López E, Mir Ramos E, Hernández J, Aguilón J, Torres A, Satústegui Dordá PJ. Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal ante-natal. *An Sist Sanit Navar*. 2021;44(3):437–44.
 14. Martínez EML, Sáez ZA, Sánchez EH, Ávila MC, Conesa EM, Ferrer MBC. Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2021 [citado 3 Abr 2022];55:1–8. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/xxRzc6Jy6GrYk5LqXGTBMRs/abstract/?lang=es>
 15. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [citado 8 Abr 2022]. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>.

16. Cichowski S, Rogers R. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [citado 8 Abr 2022];132(3): 87–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134424/>
17. Murcia salud. El portal sanitario de la Región de Murcia [sede Web]*. Murcia: Consejería de Salud de la Región de Murcia; [acceso 05 de marzo de 2021]. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Población según datos de padrón. Población por AS y ZS según padrón de habitantes. Evolución [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154054>
18. El masaje perineal - FAME [Internet]. 2018 [citado 14 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/folelto-matronas-14-esp-masaje-perineal.pdf>
19. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [citado 6 May 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
20. De Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, no 294, (6 de diciembre de 2018).
21. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, no 274, (15 de noviembre de 2002).
22. De Investigación Biomédica. Ley 14/2007, de 3 de julio. Boletín Oficial del Estado, no 159, (4 de julio de 2007).

ANEXOS

Anexo I: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA



Hospital General Universitario
Santa Lucía



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA (Hospital General Universitario Santa Lucía)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA

SERVICIO: Centro de Salud Cartagena Oeste

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Moreno Vázquez, Sara

EMAIL: sara_mv@hotmail.es

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: “MASAJE PERINEAL PRENATAL EN LA REDUCCIÓN DE COMORBILIDADES POSTPARTO”

VERSIÓN DE DOCUMENTO: 1

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta: Prevención de comorbilidades postparto mediante la realización del masaje perineal.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria. Igualmente, podrá revocar su consentimiento en cualquier momento.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio.

D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril,

General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.

E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según la legislación vigente.

F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, D/Dña.....

Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no queda satisfecho.

G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al Comité Ético de Investigación (CEI) del Hospital General Universitario Santa Lucía.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y trasmitirla a sus familiares si así lo desea.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio “MASAJE PERINEAL PRENATAL EN LA REDUCCIÓN DE COMORBILIDADES POSTPARTO”

Yo,

(nombre y apellidos de paciente o representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio.
He hablado del estudio con

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE Y APELLIDOS FECHA EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
(CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)**

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha

Firma:

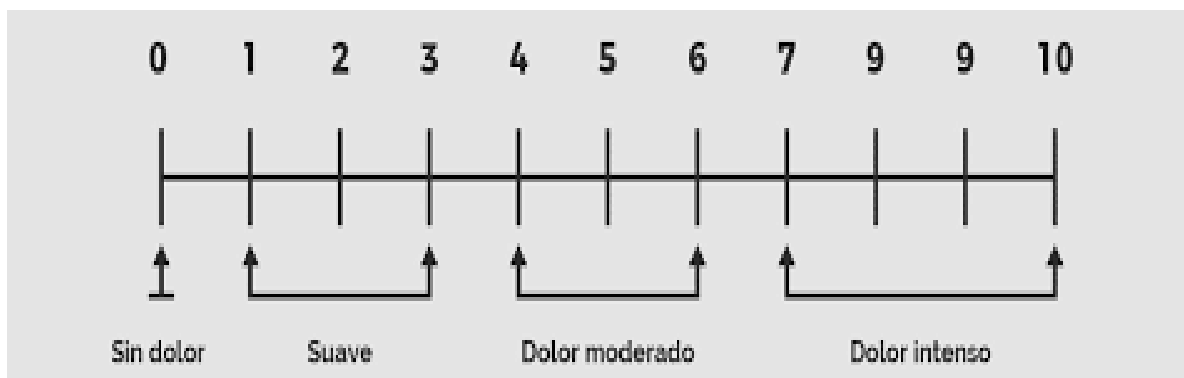


Anexo II: ESCALA OXFORD

Grado	Respuesta muscular
0	Ninguna.
1	Parpadeos, movimientos temblorosos de la musculatura.
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares.
3	Moderado. Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior.
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada.
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima.

Fuente: Jerez K, Cifuentes M, Bennett C, Fuentes C, Cuidad D. Resultados de la rehabilitación kinésica de piso pélvico en un grupo de mujeres con incontinencia de orina. Rev chil urol. 2013; 78(1): 29-32. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774002>

Anexo III: ESCALA NUMERICA DEL DOLOR



Fuente: Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): 228-36. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>



Anexo IV: CUESTIONARIO ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre

- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Fuente: Blümel J.E, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2004 [citado 2022 Jun 14]; 69(2):118-25. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=es.

Anexo V: ESCALA MACKKEY

POR FAVOR, SEÑALE SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON CADA UNO DE LOS ASPECTOS QUE SE NOMBRAN A CONTINUACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE EL 1 ES MUY INSATISFECHA Y EL 5 MUY SATISFECHA. EL PUNTO MEDIO, ES DECIR EL 3, SIGNIFICA QUE NO PUEDE VALORAR ESE ASPECTO PORQUE NO SE HA PRODUCIDO EN SU PARTO (por ejemplo, el apoyo del acompañante si no ha estado acompañada, o la atención del ginecólogo si sólo le atendió la matrona).

Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
1	2	3	4	5

¿ESTÁ SATISFECHA CON...	1	2	3	4	5
1.Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación	1	2	3	4	5
2.Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo	1	2	3	4	5
3.Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación	1	2	3	4	5
4.Su grado de confort durante la dilatación (ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, etc.)	1	2	3	4	5
5. Su grado de confort durante el expulsivo (ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)	1	2	3	4	5
6. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
7. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	1	2	3	4	5
8. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)	1	2	3	4	5
9. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)	1	2	3	4	5
10. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación	1	2	3	4	5
11. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo	1	2	3	4	5
12. Su experiencia global de la dilatación	1	2	3	4	5
13. Su experiencia global del expulsivo	1	2	3	4	5
14. El estado de salud de su bebé al nacer	1	2	3	4	5
15. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5
16. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé	1	2	3	4	5

17. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
18. Los cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	1	2	3	4	5
19. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto	1	2	3	4	5
20. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto	1	2	3	4	5
21. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
22. La información y explicaciones que le proporcionó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
23. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto	1	2	3	4	5
24. El interés y el trato personal que le prestó el ginecólogo/a en el parto	1	2	3	4	5
25. La ayuda y apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
26. La ayuda y apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto	1	2	3	4	5
27. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	5
28. El tiempo que el ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación	1	2	3	4	5
29. La actitud de la matrona en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
30. La actitud del ginecólogo/a en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	1	2	3	4	5
31. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
32. La sensibilidad del ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
33. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	1	2	3	4	5
34. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto	1	2	3	4	5
35. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?	1	2	3	4	5

Fuente: Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac Sanit [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Jun 14]; 26(3): 236-242. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000300009&lng=es.

Anexo VI: CRONOGRAMA

	AÑOS		2022				2023							
	MESES	09	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Etapa I: INICIAL														
Solicitud y consecución de permisos necesarios														
Presentación del proyecto de investigación														
Etapa II: EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL														
Captación de las gestantes														
Aplicación de la intervención														
Transcripción y análisis de los datos recogidos														
Etapa III: FINAL														
Elaboración de conclusiones y del informe final														