



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto

Effectiveness of perineal massage during pregnancy and delivery to prevent postpartum complications

Alumna: Elena Torres Alba

Tutor: José Luis Liébana Fernández

Departamento de Enfermería

Jaén, 8 Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**EFFECTIVIDAD DEL MASAJE
PERINEAL DURANTE EL
EMBARAZO Y PARTO PARA
PREVENIR
COMPLICACIONES POSTPARTO**

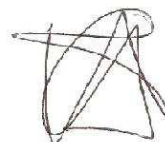
**Effectiveness of perineal massage during pregnancy and
delivery to prevent postpartum complications**

Alumna: Elena Torres Alba

Tutor: José Luis Liébana Fernández

Departamento de Enfermería

Jaén, 8 Junio de 2015



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Riesgo relativo (RR)

Odds ratio (OR)

Intervalo de confianza (IC)

Número necesario a tratar para conseguir el efecto beneficioso (NNTB)

Masaje perineal (MP)

Ensayo controlado aleatorio (ECA)

Parto vaginal previo (PVP)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de episiotomía.....12

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. ECA que evalúa la efectividad del MP prenatal.....	26
Tabla 2. ECA que evalúa la efectividad del MP prenatal.....	27
Tabla 3. ECA que evalúa la efectividad del MP prenatal.....	27
Tabla 4. ECA que evalúa la efectividad del MP prenatal.....	28
Tabla 5. ECA que evalúa la efectividad del MP y aplicación de compresas calientes en la 2º etapa del parto.....	29
Tabla 6. ECA que evalúa técnica de protección del periné en la 2º etapa del parto.....	29
Tabla 7. ECA que evalúa la efectividad de compresas calientes sobre el periné en la 2º etapa del parto.....	30
Tabla 8. ECA que evalúa la efectividad de la técnica “manos fuera” del periné en la 2º etapa del parto.....	31
Tabla 9. ECA que evalúa la efectividad de la maniobra de Ritgens en la 2º etapa del parto.....	32
Tabla 10. Ensayo cuasi-aleatorio que evalúa la técnica de protección del periné en la 2º etapa del parto.....	33
Tabla 11. ECA que evalúa la técnica de protección del periné en la 2º etapa del parto.....	33
Tabla 12. ECA que evalúa la efectividad del MP en la 2º etapa del parto.....	34
Tabla 13. Ensayo que evalúa la efectividad del MP prenatal.....	35
Tabla 14. ECA que evalúa la efectividad del MP en la 2º etapa del parto.....	36

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.1. Anatomía de la zona perineal.....	9
2.2. Traumatismo perineal.....	10
2.3. Periné intacto.....	11
2.4. Laceración perineal.....	11
2.5. Parto instrumental.....	11
2.6. Episiotomía.....	11
2.6.1. <i>La episiotomía a estudio</i>	12
2.7. Técnicas perineales para prevenir el trauma perineal durante el parto.....	13
2.8. Procedimiento del MP en el embarazo.....	13
2.9. Procedimiento del MP durante la 2º etapa del parto.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Diseño del estudio.....	16
3.2. Criterios de inclusión. Estudios seleccionados.....	16
3.3. Proceso de búsqueda.....	16
4. RESULTADOS.....	18
4.1. Periné intacto.....	19
4.2. Traumatismo perineal que requiere sutura.....	19
4.3. Desgarro perineal de 1º grado y laceración.....	20
4.4. Desgarro perineal de 2º grado.....	20
4.5. Traumatismo perineal de 3º ó 4º grado.....	21
4.6. Incidencia de episiotomía.....	21
4.7. Duración de la segunda etapa.....	22
4.8. Parto instrumental.....	22
4.9. Satisfacción de la mujer con el MP.....	23
4.10. Dolor perineal continuo después del parto e intensidad del dolor.....	23

4.11.	Coito doloroso postparto o dispareunia.....	23
4.12.	Satisfacción sexual postparto.....	24
4.13.	Pérdida incontrolada de orina después del parto.....	24
4.14.	Pérdida incontrolada de flatos o heces postparto.....	24
4.15.	Lugar específico del desgarro perineal.....	25
4.16.	Cantidad de material de sutura.....	25
4.17.	Complicaciones derivadas de la cicatrización.....	26
5.	DISCUSIÓN.....	36
6.	CONCLUSIONES.....	38
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

RESUMEN

El parto es el principal factor de riesgo para la incidencia de traumatismo perineal que conlleva a una mayor morbilidad posterior tanto a corto como a largo plazo disminuyendo la calidad de vida de la mujer. El masaje perineal está siendo efectuado como método de prevención del trauma perineal.

Objetivo: Conocer la evidencia que existe sobre la efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cinahl y Cuiden plus. Hemos seleccionado dos meta-análisis y dos ensayos clínicos.

Resultados principales: Existe una reducción significativa en la incidencia de traumatismo perineal que requiere sutura RR 0,91 IC 95% (0,86-0,96) y en la incidencia de episiotomía RR 0,84 IC 95% (0,74-0,95) en aquellas mujeres que practicaron el masaje perineal prenatal. Se observó reducción significativa en la incidencia de dolor a los 3 meses del parto RR 0,45 IC 95% (0,24-0,87) en aquellas mujeres sin partos vaginales previos. También se observó una reducción significativa en la incidencia de traumatismo de 3° y 4° grado en aquellas mujeres a las que se le había aplicado el masaje perineal durante la segunda etapa del parto RR 0,52 IC 95% (0,29-0,94) y una disminución significativa en las tasas de episiotomía junto con desgarro espontáneo OR 0.44 IC 95% (0.23–0.83).

Conclusiones: El masaje perineal prenatal disminuye la incidencia de traumatismo perineal (sobre todo de episiotomía) y dolor a los 3 meses después del parto. El masaje perineal durante la segunda etapa del parto disminuye la incidencia de traumatismo de 3° y 4° grado y las tasas de episiotomía concomitante con desgarro espontáneo.

Palabras clave: Masaje, Embarazo, Educación prenatal, Episiotomía, Dolor, Parto obstétrico, Segundo período del trabajo de parto.

ABSTRACT

Delivery is the main risk factor for the incidence of perineal trauma leads to increased morbidity later both short- and long-term lowering the quality of life of women. Perineal massage is being performed as a method of prevention of perineal trauma.

Objective: To determine the existing evidence on the effectiveness of perineal massage during pregnancy and delivery to prevent postpartum complications.

Methodology: We performed a literature search in different databases: Cochrane, Pubmed, CINAHL and Cuiden plus. We have selected two meta-analyzes and two clinical trials.

Main results: There is a significant reduction in the incidence of perineal trauma requiring suturing RR 0.91 (95% CI 0.86-0.96) and the incidence of episiotomy RR 0.84 95% CI (0,74-0.95) in women who practiced perineal prenatal massage. Was observed a significant reduction in the incidence of pain at 3 months postpartum RR 0.45 95% CI (0.24-0.87) for women who had not given birth before. Also, was observed a significant reduction in the incidence of trauma in the 3rd and 4th grade in women who had been applied perineal massage during the second stage of labor RR 0.52 (95% CI 0.29-0.94) was also observed and a significant decrease in the rates of episiotomy with spontaneous tear OR 0.44 (95% CI 0.23 to 0.83).

Conclusions: Prenatal perineal massage reduces the incidence of perineal trauma (mainly episiotomies) and pain at 3 months after delivery. Perineal massage during the second stage of labor reduces the incidence of trauma and 3rd and 4th degree episiotomy rates concomitant with spontaneous tearing.

Keywords: Massage, Pregnancy, Prenatal education, Episiotomy, Pain, Delivery obstetric, Second stage of labor.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de parto ha sido transmitido a todas las mujeres desde generaciones anteriores, y es bien sabido que es un proceso fisiológico y natural aunque doloroso y complejo. Este dolor es diferente del dolor que sentimos en general, es uno de los más intensos comparados con otros procesos patológicos, ya que es un dolor agudo, severo y de intensidad variable, no es continuo, sino intermitente. Generalmente, es una señal que produce el cuerpo para que la mujer pueda prepararse tanto físicamente como psicológicamente al proceso natural del parto. Para muchas mujeres este dolor se acentúa durante el período de expulsión por el descenso de la cabeza fetal y la distensión de los tejidos perianales, pero no deja de ser una experiencia única para la vida de la mujer ⁽¹⁾.

El parto es el principal factor de riesgo para el traumatismo o daño perineal, ya sea por desgarro espontáneo o bien por episiotomía, conllevando por tanto a una mayor morbilidad posterior tanto a corto como a largo plazo para la mujer, y presentando complicaciones como la presencia de dolor tras el parto, incontinencia urinaria y/o rectal así como presencia de flatos y dispareunia (dolor durante el coito) ⁽²⁾. Según se argumentan en varios estudios, de las gestantes que sufren traumatismo perineal en el parto, el 40% refiere dolor en las dos primeras semanas del puerperio, un 20% aún refiere dolor a las cuatro u ocho semanas y el 7-9% informa dolor a los tres meses. Un 60% de las mujeres refirieron dispareunia a los tres meses después del parto, un 30% a los seis meses y un 15% hasta tres años más tarde. En un 3-4% de los partos referirán lesiones del esfínter anal o lesiones en la mucosa, que no disminuyen con el uso restrictivo de la episiotomía. Alrededor de un 8% tienen incontinencia de heces y un 45% tienen incontinencia de flatos ⁽³⁻⁵⁾.

El cuidado y atención adecuados en la gestación y proceso de parto para que puedan dar a luz de una forma más natural y con menos procedimientos médicos puede contribuir a la obtención de unos buenos resultados, pudiéndose adaptar así más fácilmente a la vida después del parto y, por consiguiente, garantizar el cuidado adecuado del niño. En este aspecto la matrona juega un papel muy importante, ya que tiene que garantizar un cuidado adecuado de la mujer disminuyendo en todo lo posible la necesidad de intervención que le pueda causar experiencias negativas ^(6,7).

Existen una serie de factores de riesgo que, según varios estudios, inciden en la existencia de traumatismo en el periné: *ser primípara, aumento del diámetro de la cabeza y del peso del feto con posición defectuosa, uso de la episiotomía (produce mayor morbilidad), el uso de*

instrumental (ventosa obstétrica o fórceps), posición materna (en decúbito supino mayor traumatismo), raza étnica (algunos estudios indican mayor riesgo en asiáticas, caucásicas y afroamericanas), períodos de dilatación y expulsivos extensos ^(3, 4, 8-12).

El masaje perineal y la prevención de lesiones perineal durante el desarrollo del embarazo y parto pueden aportar una serie de beneficios a corto y a largo plazo para la calidad de vida de las mujeres, ya que puede aumentar la elasticidad de los tejidos, favorecer la circulación sanguínea y disminuir la resistencia de los músculos, facilitando la relajación de esta zona y pudiendo distenderse más fácilmente durante el parto ^(3, 13).

La justificación de esta revisión bibliográfica se basa en la existencia de una alta tasa de traumatismo perineal durante el trabajo de parto y complicaciones después del parto. Alrededor de un 60-85% de mujeres sufren traumatismo perineal ^(14, 15), especialmente en primíparas, y sus consecuencias negativas. Otro aspecto a destacar es la repercusión en cuanto a gasto sanitario, ya que esta morbilidad asociada al parto puede conllevar a un aumento de fármacos, analgésicos, del número de suturas quirúrgicas y mayor probabilidad de que se infecte o sufra complicaciones, provocando una mayor demanda de cuidados y aumento de días en cuanto ingreso hospitalario ⁽³⁾. En base a esto, considero que es un tema de gran interés general y del que es relevante que se conozca la incidencia de esta lesión en el suelo pélvico y la forma en la que se podría prevenir, ya que pocas mujeres tienen información acerca de este tema.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Anatomía de la zona perineal

Siguiendo a *(Jiménez L. et al)* ⁽¹⁶⁾, la zona perineal o periné se encuentra en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis, tiene forma romboidal. Constituido por los músculos y aponeurosis que cierran la parte inferior del abdomen, de carácter flexible y que sujeta la vejiga, aparato genital interno (vagina y útero) y el recto. Actúa flexiblemente para permitir la salida del feto en el parto. Limitado hacia delante por el arco púbico, ramas isquiopúbicas y tuberosidades isquiáticas en los laterales y hacia atrás por los ligamentos sacrocóccigeos mayor y menor. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior, donde se encuentra el diafragma urogenital (atravesado por uretra y vagina), y un triángulo posterior o anorrectal que contiene el conducto anal, esfínteres

y las fosas isquiorrectales. Los tres planos músculo-aponeuróticos que forman el periné anterior son el plano profundo, plano medio y plano superficial ⁽¹⁶⁾.

El **plano profundo (diafragma pélvico o suelo de la pelvis)**: es una formación músculo tendinosa que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. En él se incluye el músculo elevador del ano y el coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia ⁽¹⁶⁾.

El **plano medio (diafragma urogenital)**: formado por una capa superior y otra inferior que recubren los músculos perineales profundos, que se originan en la rama isquiopubiana y terminan en el triángulo rectovaginal, músculo esfínter externo de la uretra y los vasos y nervios pudendos ⁽¹⁶⁾.

El **plano superficial**: está formado por el músculo esfínter anal externo, músculos isquiocavernosos, músculos perineales transversos superficiales y los músculos bulbocavernosos ⁽¹⁶⁾.

La vulva está formada por las partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal. El monte de Venus se encuentra por encima de la sínfisis del pubis del cual surgen dos pliegues cutáneos, los labios mayores, y dentro de estos se localizan los labios menores. Los labios menores se unen por la parte superior formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte inferior se fusionan formando parte de la horquilla perineal. El clítoris se encuentra en el borde inferior de la sínfisis del pubis ⁽¹⁶⁾.

En el vestíbulo vaginal, que forma la entrada a los genitales internos, se encuentra el himen, membrana cutánea mucosa, delgada y vascularizada ⁽¹⁶⁾.

El triángulo anal forma el conducto anal y sus esfínteres, cuerpo ano coccígeo y las fosas isquiorrectales ⁽¹⁶⁾.

2.2. Traumatismo perineal

Es la lesión más frecuente que se produce en la segunda etapa del parto. Puede producirse por desgarro perineal de forma espontánea o por la realización de una episiotomía de forma intencionada. El trauma perineal anterior comprende una lesión en los *labios, vagina anterior, uretra o clítoris*, asociándose generalmente con poca morbilidad. El trauma posterior comprende la lesión en la *pared posterior de la vagina, músculos perineales y esfínter anal* ^(17, 18). Se pueden observar distintos tipos de desgarro perineal espontáneo: ^(2-4, 17)

- Primer grado: *incluye la horquilla vulvar, piel perineal y la membrana mucosa vaginal.*

- Segundo grado: *incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal.*
- Tercer grado: *incluye el esfínter anal (3a = lesión de menos de un 50% del esfínter anal externo, 3b = lesión de un 50% del esfínter anal externo y 3c = lesión tanto en el esfínter anal interno como externo).*
- Cuarto grado: *incluye mucosa rectal y expone la luz del recto.*

2.3. Periné intacto

Ausencia de separación de tejido o piel.

2.4. Laceración perineal

Desgarro perineal, moretón o contusión que no requiere sutura.

2.5. Parto instrumental

Utilización de material obstétrico para extraer al bebé del canal del parto. Por ejemplo: los fórceps o la ventosa.

2.6. Episiotomía

Incisión quirúrgica en el periné que puede ser con tijeras o bisturí y que se realiza durante el período del parto para aumentar el tamaño de la abertura vaginal y facilitar así la salida del bebé al exterior. Requiere reparación con sutura ⁽¹⁷⁾.

Existen dos tipos de episiotomía (*Figura 1*) ⁽¹⁹⁾:

- *Episiotomía mediolateral*: desde el plano más externo al más interno se seccionan la piel, tejido subcutáneo y mucosa vaginal; músculo bulbocavernoso; músculo transverso profundo del periné; y por último, la fascia- haces del elevador del ano.
- *Episiotomía medial*: se realiza en la línea media perineal. Provoca mayor probabilidad de laceración hacia el ano.



Figura 1. Tipos de episiotomía. Cunningham, G. Williams Obstetricia, 21ª edición. Ed. Panamericana: pp.401

2.6.1. La episiotomía a estudio

La técnica de la episiotomía empezó a usarse durante el parto en el S. XVIII. En el año 1741 ya se sugirió la primera incisión quirúrgica en el periné para evitar desgarros perineales graves, ya que se consideraba que facilitaba el parto y se protegía al feto por la menor presión del periné sobre la cabeza. Durante la primera mitad de este siglo se incrementaron considerablemente las tasas de episiotomía en el mundo por los falsos beneficios que se creía que aportaban, sobre todo en gestantes primíparas, sin tener claras evidencias de los efectos de uso rutinario en la práctica clínica. Actualmente varían desde un 30% en Europa hasta un 62,50% en EEUU, incrementándose además esta cantidad en América Latina y Argentina. Se efectúa en el 60% de los partos y en el 90% de partos de mujeres nulíparas ⁽²⁰⁾.

Los falsos beneficios que se sugirieron fueron: la reducción de traumatismos de tercer grado y disfunción del suelo pélvico, mejor función sexual, menor riesgo de incontinencia rectal y urinaria, fácil cicatrización además de complicaciones para el feto si se prolonga el período expulsivo del parto ⁽¹⁷⁾.

Son varios los estudios que apoyan el uso restrictivo de la episiotomía. En base a sus resultados establecen que existe un menor riesgo de morbilidad relevante incluyendo traumatismo perineal grave, traumatismo perineal posterior, necesidad de sutura y complicaciones en cuanto a la cicatrización. No se muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a trauma perineal y vaginal grave o al dolor, dispareunia o

incontinencia urinaria. La única desventaja de la no utilización de la episiotomía que se muestra en estos estudios es que incrementa el riesgo de trauma perineal anterior ⁽¹⁷⁾.

Otros estudios demuestran que la episiotomía restrictiva incrementa la probabilidad de gestantes con periné íntegro y que reanudan la actividad coital un mes después del parto, disminuyendo el uso de material de sutura y dolor en el puerperio. Tampoco es efectivo para prevenir traumatismos perineales de tercer o cuarto grado en aquellas gestantes que en partos anteriores tuvieron estos dos tipos de desgarros, ya que poseen el mismo riesgo de traumatismo perineal grave que las demás gestantes. Por lo que recomiendan un uso selectivo, cuando haya necesidad clínica ^(6, 19).

2.7. Técnicas perineales para prevenir el trauma perineal durante el parto.

Varios estudios revelan diferentes técnicas de protección del periné durante el embarazo y parto para prevenir el traumatismo perineal en el parto:

- MP durante el embarazo: A partir de la 32-34 semana de gestación, realizado por la mujer o la pareja. El procedimiento lo explicamos más adelante ^(3, 21- 23).
- MP durante la segunda etapa del parto: realizado por la matrona con lubricante soluble en agua estéril o con el mismo flujo vaginal. Es un masaje suave y lento ^(4, 24).
- Aplicación de compresas calientes en la segunda etapa del parto: Colocación de gasa estéril empapada en agua hervida y retorcida, de forma continua durante y entre pujos sobre los genitales externos y periné de la mujer ⁽⁴⁾.
- Protección del periné frente a la no protección del periné: Las explicamos detalladamente más adelante ⁽⁴⁾.

2.8. Procedimiento del masaje perineal en el embarazo.

La mayoría de los estudios apoyan la realización del masaje perineal (bien por la gestante o por la colaboración de la pareja) como mínimo dos veces por semana a partir de la 32-34 semana de gestación durante 5 ó 10 minutos en cada sesión. El procedimiento es el siguiente: ^(3, 21- 23)

- Lavarse bien las manos con las uñas limpias y recortadas.
- Evacuar la vejiga de orina antes de empezar a realizar el masaje.

- Buscar un sitio cómodo y tranquilo. Se puede realizar delante de un espejo para familiarizarse con el periné.
- Aplicar compresas o paños templados para relajar la zona o realizar el masaje tras ducharse.
- Colocarse en una postura cómoda (cuclillas, semisentada o apoyada en la pared).
- Si se realiza automasaje se utilizan los pulgares, si lo realiza la pareja se utilizará el índice y/o corazón. Es importante lubricar los dedos con un aceite antes de introducirlos en la vagina.
- Introducir los dedos en la vagina unos 3-4 cm aplicando una presión hacia abajo, hacia el recto y hacia los lados de la vagina estirando la zona, con un movimiento de balanceo firme y delicado. Mantener una presión forzada durante 1-2 min hasta sentir leve sensación de escozor y quemazón. Parar si aparece dolor.
- Deslizar el dedo desde la vagina hacia el exterior y viceversa, manteniendo ligera presión durante 2 min.
- Colocar los dedos en la entrada de la vagina (horquilla) y hacer una presión hacia abajo durante 2 min o hasta que se note molestias para ayudar a imaginar la presión que realizará la cabeza del bebé.
- Coger esta zona entre el pulgar y los dedos opuestos y hacer un movimiento oscilante de un lado hacia el otro durante 3 min aproximadamente, para estirar los tejidos de la vagina, los músculos y la piel del periné.
- Terminar manteniendo los dedos en la misma posición y realizando estiramientos de adentro hacia afuera abarcando la zona inferior y lateral de la vagina y piel del periné durante 2 min para relajar la zona.

2.9. Procedimiento del masaje perineal durante la segunda etapa del parto.

En otros estudios se propone la técnica del MP durante la segunda etapa del parto, el cual se inicia cuando el cuello uterino ha dilatado 8 cm aproximadamente. Para realizarlo, la matrona con los guantes colocados introduce los dedos índice y medio en el interior de la vagina, moviéndolos desde el suelo perineal hacia la cara lateral en semicírculos durante 1 segundo,

con una presión suave y constante y presionando el periné hacia abajo (hacia el recto) e interrumpiéndose cuando aparecen molestias. Este masaje se mantiene durante y entre empujones unos 10 minutos ^(4, 24).

OBJETIVO GENERAL

El principal objetivo de este trabajo es conocer y describir la evidencia que existe sobre la efectividad del masaje perineal durante el embarazo y el parto para la prevención de complicaciones postparto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efectividad del MP durante el embarazo y parto para prevenir traumatismos que requieren sutura.
- Efectividad del MP durante el embarazo y parto para prevenir desgarros 1º, 2º, 3º y 4º grado.
- Efectividad del MP durante el embarazo y parto para prevenir incidencia de episiotomía.
- Efectividad del MP durante el embarazo y parto para prevenir extensión de la segunda etapa del parto.
- Efectividad del MP durante embarazo y parto para prevenir dolor continuo postparto.
- Efectividad del MP durante embarazo y parto para prevenir dispareunia o coito doloroso después del parto y satisfacción de las mujeres con respecto al masaje.
- Efectividad del MP durante embarazo y parto para prevenir necesidad de instrumental durante el parto.
- Efectividad del MP durante embarazo y parto para prevenir incontinencia urinaria, heces o pérdida de flatos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica narrativa acerca de la evidencia que existe sobre la efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para evitar complicaciones en la mujer que conlleven a la morbilidad durante el puerperio. La búsqueda se realizó entre el 10 de enero de 2015 y el 23 de febrero de 2015.

3.2. Criterios de inclusión. Estudios seleccionados.

- Artículos publicados a partir del año 2000.
- Artículos que tengan relación con el masaje perineal y sus efectos (fueron seleccionados a partir del título y resumen del mismo).
- Artículos relacionados con el traumatismo perineal derivado del proceso de parto.
- Artículos con evidencia científica.
- Artículos que permitían el acceso a texto completo.
- Artículos originales y revisiones.
- Artículos en inglés y español.

3.3. Proceso de búsqueda.

Se ha realizado la búsqueda en diferentes bases de datos: *Cuiden plus*, *Cochrane*, *Pubmed* y *Cinahl*, además de escoger más artículos a partir de la bibliografía ya seleccionada. También se han seleccionado guías de práctica clínica y un folleto informativo de la página de la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) donde se explica el procedimiento del masaje perineal. Estos son los resultados según las distintas bases de datos consultadas:

✓ Cuiden Plus:

“*Masaje perineal*”: 20 resultados; 20 revisados

- Descartados: 16 artículos (no estar a texto completo o no relacionados con el tema de estudio)
- Seleccionados: 4 artículos.

“*Massage and perineal*”: 11 resultados; 11 revisados

- Descartados: 2 artículos (no estar a texto completo)
- Seleccionados: 9 (eran repetitivos de los que habíamos seleccionado anteriormente)

“*Fisioterapia perineal*”: 6 resultados; 6 revisados

- Descartados: 5 artículos (no estar a texto completo o no relacionados con el tema de estudio)
- Seleccionados: 1 artículo

✓ Cochrane:

“*Masaje perineal*”: 2 resultados; 2 revisados

- Descartados: ninguno
- Seleccionados: 2 artículos

“*Perineal massage and perineal trauma*”: 13 resultados; 13 revisados

- Descartados: ninguno
- Seleccionados: 13 (artículos repetitivos de los que habíamos seleccionado anteriormente con búsquedas anteriores)

✓ Pubmed:

“*Perineal massage*”: 14 resultados; 14 revisados

- Descartados: 3 (no estar a texto completo) y 9 (no estar relacionados con el tema de estudio)
- Seleccionados: 2 (artículos repetitivos de los que habíamos seleccionado con anterioridad)

“*Episiotomy and advantages*”: 14 resultados; 14 revisados

- Descartados: 1 (no estar a texto completo) y 13 (no estar relacionados con el tema de estudio)
- Seleccionados: ninguno
- ✓ Cinahl

“*Perineal massage and perineal trauma*”: 5 resultados; 5 revisados

- Descartados: 2 artículos (no estar relacionados con el tema de estudio)
- Seleccionados: 3 artículos (2 de ellos eran repetitivos de los ya seleccionados)

“*Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma*”: 161 resultados; 161 revisados

- Descartados: 150 artículos (no estar relacionados con el tema de estudio o no estar a texto completo)
- Seleccionados: 11 artículos (6 de ellos eran repetitivos)

“*Perineal trauma and care*”: 30 resultados; 30 revisados

- Descartados: 25 (no estar a texto completo o no relacionados con el tema de estudio)
- Seleccionados: 5 artículos (4 de ellos eran repetitivos de los ya seleccionados)

4. RESULTADOS

Un *meta-análisis* (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ incluye cuatro estudios (*Labrecque et al. (1994)*⁽²⁵⁾; *Labrecque et al. (1999)*⁽²⁶⁾; *Shimada et al. (2005)*⁽²⁷⁾; *Shipman et al. (1997)*⁽²⁸⁾) que son ensayos controlados aleatorios y cuasi aleatorios, en las que las participantes son embarazadas que han realizado cualquier método de masaje perineal, ya sea por la gestante o por su pareja, durante al menos las cuatro semanas últimas de embarazo (a partir de la 35 semana).

Otro *meta-análisis* (*Aasheim et al.*)⁽⁴⁾ analiza ocho ensayos (*Albers et al. (2005)*⁽²⁹⁾; *Araujo et al. (2008)*⁽³⁰⁾; *Dahlen et al. (2007)*⁽³¹⁾; *DeCosta et al. (2006)*⁽³²⁾; *Jönsson et al. (2008)*⁽³³⁾; *Mayerhofer et al. (2002)*⁽⁸⁾; *McCandlish et al. (1998)*⁽³⁴⁾; *Stamp et al. (2001)*⁽³⁵⁾) en los que se evalúa el efecto de diferentes técnicas perineales en la reducción de la gravedad y

frecuencia de lesión perineal durante la segunda etapa del parto. Son ensayos aleatorios y cuasi aleatorios. Las técnicas que analizan son: “Manos fuera” frente a “manos sobre” el periné; “Compresas calientes” frente a grupo control (manos fuera o no aplicación de compresas calientes); “Masaje perineal” frente a grupo control (no aplicación de masaje o cuidado habitual); “Maniobra de Ritgens” frente a cuidado habitual.

Un *ensayo prospectivo controlado simple ciego* evalúa los efectos del masaje perineal en mujeres nulíparas con feto único a partir de la 34 semana de gestación hasta el parto (**Mei-Dan et al.**)⁽²³⁾.

Otro *estudio aleatorizado y controlado* (**Karaçam et al.**)⁽²⁴⁾ realizado en gestantes nulíparas pretendía investigar acerca del masaje perineal en la segunda etapa del parto y sus resultados al primer día de dar a luz, a las 3 semanas y al año.

A continuación, vamos a analizar los valores obtenidos en cada estudio, clasificados según los resultados estudiados por cada autor que pueden definir la efectividad de la técnica estudiada:

4.1. Periné intacto:

Varios estudios (**Albers et al. (2005)**)⁽²⁹⁾; **Stamp et al. (2001)**)⁽³⁵⁾, que compararon el grupo al cual habían aplicado el masaje perineal en la segunda etapa del parto con el grupo donde no se le había aplicado, no observaron cambios significativos en cuanto a la existencia o no de periné intacto RR 1,04 IC 95% (0,90-1,20).

Otro ensayo (**Mei-Dan et al.**)⁽²³⁾, que también compara el masaje perineal a partir de la 34 semana de gestación realizado sobre las gestantes con el grupo que no recibe el masaje, muestra que no se encontraron tasas más bajas de periné intacto en el grupo de intervención frente al grupo control (29,8% frente a un 40% en el grupo control; $p = 0,12$), aunque no se alcanzó significación estadística.

En un estudio (**Karaçam et al.**)⁽²⁴⁾, que evaluaba los efectos del masaje perineal en la segunda etapa del parto, observó que un porcentaje muy bajo de mujeres tenían el periné intacto tanto en el de masaje (3,5%) como en el de control (3,5%) OR 1.00 IC 95% (0.35–2.88), pero no tiene efecto estadísticamente significativo.

4.2. Traumatismo perineal que requiere sutura:

Según los resultados de los cuatro estudios (**Beckmann et al.**)⁽³⁾, el masaje perineal se asoció con una reducción del 9% en la incidencia de traumatismo que requiere sutura, con un riesgo relativo (RR) 0,91 con un IC 95% (0,86-0,96). NNT 15 (10 a 36). Según el estudio, esta

reducción fue estadísticamente significativa para aquellas mujeres sin partos vaginales previos RR 0,90 IC 95% (0,84-0,96), siendo necesario tratar a 14 pacientes para conseguir dicho efecto NNTB 14 (9 a 32). También reveló diferencias en cuanto a la frecuencia de aplicación de dicho masaje, ya que las mujeres que experimentaban este masaje hasta un promedio de 1,5 veces por semana experimentaban una reducción de un 16% con un RR 0,84 IC 95% (0,74-0,96) NNT 9 (6 a 18). Sin embargo, las mujeres que se aplicaban el masaje en un promedio de 1,5 a 3,4 veces por semana experimentaban una reducción del 8%, RR 0,92 IC 95% (0,85-1,00) NNTB 22 (10 a 208). Las mujeres que se masajearon más de 3,5 veces por semana no experimentaron ninguna reducción estadísticamente significativa en cuanto a la incidencia de traumatismo perineal que requiere sutura RR 0,94 IC 95% (0,86-1,02).

4.3. Desgarro perineal de primer grado y laceración:

En cuatro ensayos (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencias de desgarros de primer grado entre las mujeres que se practicaron el masaje perineal en comparación con las del grupo control RR 0,96 IC 95% (0,78-1,19).

Otro ensayo (*Mei-Dan et al.*)⁽²³⁾, que evaluaba la aplicación del masaje perineal en el grupo de intervención frente al grupo control donde no se realizaba dicho masaje, notificó que los desgarros perineales de primer grado y tasas de laceración fueron menores en el grupo de mujeres que se aplicaron el masaje en comparación con las que no se realizaron el procedimiento (73,3% frente a un 78,9%; p = 0,39), pero dichos resultados no alcanzaron significación estadística.

Un estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾, que estudiaba los efectos que producía el masaje perineal en la segunda etapa del parto con respecto al grupo control, revela que un alto porcentaje en el grupo de intervención tenía desgarro espontáneo (de primer grado) con respecto a las del grupo control (44,4%) frente a un (35,9%), respectivamente OR 1.43 IC 95% (1.00–2.05), aunque tampoco muestra una diferencia estadísticamente significativa.

4.4. Desgarro perineal de segundo grado:

En los cuatro estudios incluidos en la revisión de Beckmann (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en las incidencias de desgarro perineal de segundo grado al aplicar el masaje perineal RR 0,99 IC 95% (0,85-1,15).

En otro ensayo (*Mei-Dan et al.*)⁽²³⁾, que comparaba los efectos del masaje perineal en ambos grupos, se observó que las tasas de desgarro de segundo grado fueron, sin embargo, más altas (26,7% frente a un 19,3%, $P = 0,39$), pero estos resultados tampoco alcanzaron significación estadística.

Un estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ evaluaba los efectos del masaje perineal en la segunda etapa del parto. Demostró que sólo un bajo porcentaje de gestantes en los dos grupos tuvieron desgarros de segundo grado (4,6% en el de masaje y un 3,5% en el de control) OR 1.30 IC 95% (0.48–3.53), aunque nuevamente sin significación estadística.

4.5. Traumatismo perineal de tercer o cuarto grado:

Según los resultados de los cuatro ensayos (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ en cuanto a la aplicación del masaje perineal, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las incidencias de trauma perineal de tercer o cuarto grado. RR 0,81 IC 95% (0,56-1,18).

Dos estudios (*Albers et al. (2005)*⁽²⁹⁾; *Stamp et al. (2001)*⁽³⁵⁾) compararon los efectos del masaje perineal aplicado en el grupo de intervención durante la segunda etapa del parto frente a la no aplicación del masaje. Se notificó un efecto estadísticamente significativo en cuanto a la reducción de lesiones de tercer y cuarto grado en el grupo de mujeres a las cuales se le aplicaba dicho masaje RR 0,52 IC 95% (0,29-0,94).

Sin embargo, otro estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ que evaluaba los efectos del masaje perineal en la segunda etapa del parto demostró que ninguna mujer tuvo desgarros de tercer o cuarto grado.

4.6. Incidencia de episiotomía:

Según los cuatro estudios (*Beckmann et al.*)⁽³⁾, las mujeres que practicaron el masaje perineal tuvieron un 16% menos de probabilidad de tener una episiotomía RR 0,84 IC 95% (0,74-0,95) NNTB 21 (12 a 75). Esta reducción de traumatismo sólo fue estadísticamente significativa para aquellas mujeres sin un parto vaginal previo RR 0,83 IC 95% (0,73-0,95) NNTB 18 (11 a 70). Sólo el subgrupo de mujeres que se masajearon hasta un promedio de 1,5 veces por semana experimentaban una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de episiotomía RR 0,72 IC 95% (0,57-0,91), NNTB 12 (7 a 31). Aunque no se encontró dicho efecto en las mujeres que practicaban dicho masaje con una mayor frecuencia.

Dos estudios (*Albers et al. (2005)*⁽²⁹⁾; *Stamp et al. (2001)*⁽³⁵⁾) compararon los efectos del masaje perineal durante la segunda etapa frente a la no utilización del masaje. Según estos

resultados, el masaje no condujo a efectos estadísticamente significativo en cuanto a los resultados en la incidencia de episiotomías RR 1,42 IC 95% (0,42-4,87).

En otro ensayo (*Mei-Dan et al.*)⁽²³⁾ que analizaba la efectividad del masaje perineal tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de episiotomías (20% frente a un 18,9% en el grupo control; p= 0,83).

Otro estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾, que evaluaba los efectos que producía el masaje perineal en la segunda etapa del parto al compararlo con los resultados del grupo de mujeres al que no se le realizaba, observó que más de la mitad de las mujeres que dieron a luz fueron sometidas a episiotomía tanto en el grupo de masaje (52%) como en el de control (60,6%) OR 0.71 IC95% (0.50–0.99), por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa.

También, este mismo estudio reveló que existía un porcentaje significativamente menor de gestantes en el grupo del masaje que habían tenido episiotomías junto con desgarro espontáneo (de cualquier grado) (7,6%) frente a un (15,7%) en el grupo control OR 0.44 IC 95% (0.23–0.83).

4.7. Duración de la segunda etapa del parto:

En cuatro de los estudios (*Beckmann et al.*)⁽³⁾, en general, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo control con las que realizaron el masaje en cuanto a la duración de la segunda etapa del expulsivo, diferencia de medias (DM) 3,84 minutos IC 95% (-0,96-7,95), ni al comparar con o sin parto vaginal previo. Sin embargo, las mujeres que practicaron el masaje en un promedio de 3,5 veces por semana (aunque no aquellas mujeres que se dieron masaje con menos frecuencia) tuvieron una segunda etapa más larga con diferencias estadísticamente significativas (DM) 10,80 minutos IC 95% (4,03-17,58).

4.8. Parto instrumental:

En los cuatro estudios (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la proporción de partos instrumentales realizados en general para las que realizaron el masaje en comparación con las que no lo hicieron.

4.9. Satisfacción de la mujer con el masaje perineal:

En varios estudios ((*Beckmann et al.*)⁽³⁾; (*Labrecque et al. (2001)*)⁽³⁶⁾; (*Cohain et al. (2004)*)⁽³⁷⁾) se notificó que la mayoría de las mujeres encuentran la práctica del masaje perineal aceptable y creen que les ayuda a prepararse para el parto.

Las pacientes comentan que en las primeras semanas el masaje resultaba incómodo, desagradable e incluso producía una sensación de dolor o ardor. La mayoría de las mujeres informan que el dolor y sensación de ardor ha disminuido o desaparecido en la segunda o tercera semana del masaje. Según lo aportado por Labrecque en uno de sus estudios (*Labrecque et al. (2001)*)⁽³⁶⁾, la mayoría de las mujeres (79%) indican que volverían a practicar el masaje de nuevo, y un 87% se lo recomienda a otras embarazadas.

4.10. Dolor perineal continuo después del parto e intensidad del dolor:

En un estudio (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ que notificó el dolor perineal a los tres meses después del parto en general, no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor perineal notificado por las mujeres que habían realizado el masaje frente a las que no RR 0,64 IC 95% (0,39-1,06). Las mujeres con un parto vaginal previo mostraron menos probabilidad estadísticamente significativa de mostrar dolor a los tres meses después del parto RR 0,45 IC 95% (0,24-0,87) NNTB 13 (7 a 60), al igual que el subgrupo de mujeres que practicó dicho masaje con mayor frecuencia RR 0,51 IC 95% (0,33-0,79) NNTB 11 (7 a 24).

Otro estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾, que comparaba los efectos que producía la realización del masaje perineal en la segunda etapa del parto con el grupo de mujeres a las que no se le realizaba, observó que tampoco existía diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con respecto al dolor perineal en 1 día y 3 semanas postparto, ni tampoco en cuanto a la intensidad del dolor 1 día después del parto.

En la evaluación que se realizó al año de dar a luz no hubo diferencia entre los dos grupos con respecto a dolor perineal prolongado OR 0,61 IC 95% (0,29-1,26).

4.11. Coito doloroso postparto o dispareunia:

Según un estudio (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ no se observaron diferencias estadísticamente significativas en general en la notificación de coito doloroso a los 3 meses de dar a luz en el grupo de mujeres a las que se le aplicó el masaje perineal frente a las que no se les aplicó RR 0,96 IC 95% (0,84-1,08).

En otro estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾, tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a dispareunia al año de dar a luz en mujeres a las que se le había practicado el masaje perineal en la segunda etapa del parto con respecto al grupo control OR 1,56 IC 95% (0,96-2,54).

4.12. Satisfacción sexual postparto:

En un ensayo (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ en el que se estudiaba la satisfacción sexual de la mujer a los tres meses postparto no se observaron diferencias estadísticamente significativas en general en las gestantes que se realizaban el masaje perineal frente a las que no lo realizaban RR 1,02 IC 95% (0,96-1,10). En otro ensayo en el que se les hacía una encuesta a mujeres sobre la satisfacción sexual de su pareja a los 3 meses del nacimiento tampoco se detectaron diferencias estadísticamente significativas RR 0,97 IC 95% (0,91-1,04).

4.13. Pérdida incontrolada de orina después del parto:

Otro ensayo (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ que compara los efectos del masaje perineal aplicados a las embarazadas con el grupo donde no se aplica el masaje, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estudio de este parámetro en la proporción de mujeres que notificaron incontinencia de orina a los 3 meses postparto RR 0,90 IC 95% (0,74-1,08).

En el estudio que se realizó (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ investigaba sobre los efectos que producía el masaje perineal durante la segunda etapa del parto. En la evaluación que se realizó al año del parto no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control con respecto a la incontinencia por estrés OR 0,71 IC 95% (0,43-1,16), pérdida de control urinario OR 0,409 IC 95% (0,13-1,31) e incontinencia de urgencia OR 0,86 IC 95% (0,48-1,52).

4.14. Pérdida incontrolada de flatos o heces postparto:

Según un ensayo (*Beckmann et al.*)⁽³⁾ donde se evalúa los efectos del masaje perineal, no se observaron diferencias en la proporción de mujeres que notificaron incontinencia de flatos a los 3 meses postparto RR 1,09 IC 95% (0,88-1,36) o al comparar mujeres con o sin partos vaginales previos. Aunque el subgrupo de mujeres que se masajeó durante un promedio de 1,5 veces por semana notificó incontinencia de flatos con mayor frecuencia que el grupo control

RR 1,40 IC 95% (1,03-1,90) NNT 10 (5 a 1111). Dentro de este subgrupo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presentación de incontinencia de flatos poco frecuente RR 0,87 IC 95% (0,60-1,26), sin embargo, hubo más mujeres que informaron que presentaban incontinencia de flatos diariamente RR 2,66 IC 95% (0,99-7,16), este resultado se basa en un número muy pequeño (6/108 frente a 10/479) por lo que su significado no está claro. No se observaron diferencias en cuanto a la proporción de mujeres que indicaron incontinencia fecal a los tres meses postparto RR 0,70 IC 95% (0,27-1,80).

Otro estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ comparaba los efectos del masaje perineal durante la segunda etapa del parto. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el de intervención con respecto a presencia incontrolada de flatulencias cuando se realizó la evaluación un año después del parto. También revelaba que ninguna mujer experimentó incontinencia fecal antes, durante ni después del parto.

4.15. Lugar específico del desgarro perineal:

En otro ensayo (*Mei-Dan et al.*)⁽²³⁾, donde se evaluaba el efecto del masaje perineal en las gestantes se encontró que el riesgo de desgarro perineal anterior en el grupo de masaje fue significativamente mayor que en el grupo control (9,5% frente a un 3%; $p < 0,05$), pero es la única parte que no está influenciado por el masaje perineal. Para el desgarro lateral externo y desgarro posterior era más alto en el grupo de masaje en comparación con el grupo al que no se le aplicaba el masaje (15,8% frente a un 12,1%; $p = 0,29$) y (33,7% frente a un 24,2%; $p = 0,98$) respectivamente, como podemos observar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El riesgo de desgarro lateral interno en el grupo de masaje fue más bajo, pero nuevamente no hubo significación estadística (11,5% frente a un 13,1%; $p = 0,44$).

Un estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ investigó acerca de los resultados que producía la técnica del masaje perineal durante la segunda etapa del parto. Observó que en el grupo de masaje se produjeron más desgarros espontáneos (de cualquier grado) en la región anterior que en el grupo que no había practicado masaje (15,7%) frente a un (9,6%), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa OR 1.75 IC 95% (0.97–3.16).

4.16. Cantidad de material de sutura:

En el estudio de Mei-Dan (*Mei-Dan et al.*)⁽²³⁾ sobre el efecto del masaje perineal en gestantes a partir de la 34 semana, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el

grupo al que se aplicó el masaje en comparación con el grupo control en cuanto a la cantidad de material de sutura utilizado.

En otro estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ realizado sobre el masaje perineal en la segunda etapa del parto se demuestra que se necesitó un número significativamente menor de material de sutura en el grupo de masaje con respecto al grupo control, que podría ser atribuido a la tasa ligeramente inferior de episiotomías y de episiotomías junto con traumatismo espontáneo.

4.17. Complicaciones derivadas de la cicatrización:

Un estudio (*Karaçam et al.*)⁽²⁴⁾ realizado sobre los efectos que producía el masaje perineal durante la segunda etapa del parto, observó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a la cicatrización de la herida y problemas relacionados.

A continuación, voy a incluir un cuadro sinóptico a modo de resumen que refleja a cada uno de los estudios incluidos en los dos meta-análisis y los dos ensayos clínicos seleccionados, junto con el diseño del estudio, número de participantes, intervenciones realizadas y resultados estudiados.

Labrecque, 1994

<u>Métodos</u>	Asignación al azar mediante tabla de números aleatorios. Ocultamiento de la asignación mediante un sobre opaco y cerrado. Los participantes no decían a sus proveedores de atención médica el grupo al que habían sido asignados.
<u>Participantes</u>	46 mujeres sin PVP (partos vaginales previos) entre la 32-34 semana de gestación. Excluidas si había probabilidad de cesárea o antecedentes de herpes genital en el embarazo.
<u>Intervenciones</u>	La mujer o su pareja realizan diariamente 5-10 minutos de masaje perineal desde la semana 34 del embarazo. Con 1 ó 2 dedos introducidos 3-4 cm en la vagina aplicando presión alternando hacia los lados y hacia abajo usando aceite de almendras dulces. Las instrucciones fueron dadas al grupo de intervención y hubo seguimiento telefónico 1 y 3 semanas después para fomentar el cumplimiento. El grupo control no recibió instrucciones del masaje.

<u>Resultados estudiados</u>	Tipo de parto, incidencia de episiotomía, incidencia de desgarro perineal.
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Tabla 1. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Labrecque, 1999

<u>Métodos</u>	Ensayo multicéntrico. Asignación al azar (estratificado de si había parto vaginal previo o no) usando tabla de números aleatorios. Ocultamiento de la asignación mediante un sobre opaco y cerrado. Los participantes no decían a sus proveedores médicos el grupo al que habían sido asignados. 3 meses después del parto, los participantes recibieron un cuestionario por correo. Tasa de respuesta del 79% similar entre el grupo del masaje y el control.
<u>Participantes</u>	1034 mujeres sin PVP y 493 con parto vaginal previo entre la 30-35 semanas de gestación. Excluidas si había probabilidad de parto por cesárea, antecedentes de herpes genital en el embarazo, incapacidad para entender instrucciones o para realizar el masaje perineal. 572 mujeres sin PVP y 377 mujeres con parto vaginal previo devolvieron el cuestionario posterior.
<u>Intervenciones</u>	La mujer o su pareja realizan diariamente 10 minutos de masaje perineal desde la semana 34 del embarazo. Con 1 ó 2 dedos introducidos 3-4 cm en la vagina aplicando presión alternando hacia los lados y hacia abajo usando aceite de almendras dulces. Las instrucciones fueron dadas al grupo de intervención y hubo seguimiento telefónico 1 y 3 semanas después para fomentar el cumplimiento. Se les dio un diario para registrar la práctica diaria. El grupo control no recibió instrucciones del masaje.
<u>Resultados estudiados</u>	Tipo de parto, incidencia de episiotomía, incidencia de desgarro perineal, satisfacción del parto. Cuestionario a los 3 meses evaluaba dolor, función sexual, urinaria, fecal e incontinencia de flatos.

Tabla 2. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Shimada 2005

<u>Métodos</u>	Aleatorización realizada por teléfono. Ocultamiento de la asignación mediante un sobre opaco y cerrado. Los participantes no decían a sus
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	proveedores médicos el grupo al que habían sido asignados.
<u>Participantes</u>	63 mujeres sin PVP en las 34-36 semanas de gestación. Excluidas si había probabilidad de parto por cesárea.
<u>Intervenciones</u>	La mujer o la pareja realizan 5 minutos de masaje perineal 4 veces por semana después del baño o la ducha usando aceite de almendras dulces. No describe específicamente la técnica del masaje. Se les proporciona diario para registrar la práctica. Reunión semanal presencial con el coordinador para reforzar la técnica y cumplimiento. El grupo control no recibió instrucciones del masaje.
<u>Resultados estudiados</u>	Tipo de parto, incidencia de episiotomía, incidencia de desgarro perineal.

Tabla 3. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Shipman 1997

<u>Métodos</u>	Números aleatorios generados por un ordenador. Ocultamiento de la asignación por sobres indistinguibles, cerrados y numerados. Los participantes no decían a sus proveedores médicos el grupo al que habían sido asignados. Controles aleatorios indicaron que las parteras no conocían la asignación de los grupos
<u>Participantes</u>	861 mujeres sin PVP dentro de la 29-32 semanas de gestación. Excluidas si había probabilidad de parto por cesárea, antecedentes de herpes genital durante el embarazo, alergia a los frutos secos (por estar contenido en el aceite del masaje), incapacidad para comprender las instrucciones dadas o para realizar el masaje.
<u>Intervenciones</u>	Mujer o pareja realizaban 4 minutos de masaje perineal 3-4 veces por semana a partir de la 34 semana de gestación, con 1-2 dedos introducidos 5 cm en la vagina aplicando presión hacia abajo utilizando aceite de almendras dulces. Se les dieron instrucciones verbales y escritas y un diario para registrar la práctica. El grupo control no recibió ninguna instrucción, pero ambos grupos fueron alentados de realizar ejercicios del suelo pélvico.
<u>Resultados estudiados</u>	Tipo de parto e incidencia de traumatismo perineal.

Albers 2005

<p><u>Métodos</u></p>	<p>ECA. Las mujeres fueron reclutadas antes del parto, pero al azar durante el parto activo cuando había probabilidad de aparecer un parto vaginal. La evaluación de los resultados se realizó por la matrona que atendía el parto, y por tanto, conocía la asignación.</p>
<p><u>Participantes</u></p>	<p>1211 mujeres. Se incluyeron pacientes que recibían cuidados de matrona, 18 años o más, esperando un parto vaginal, que no tenían complicaciones médicas, con feto único. Se excluyeron aquellas mujeres que no cumplían los anteriores requisitos.</p>
<p><u>Intervenciones</u></p>	<p>Utilización de compresas frente a la no utilización de compresas; masaje perineal frente a la no aplicación de masaje. Las <u>compresas calientes</u> se mantuvieron de forma continua durante y entre pujos sobre los genitales externos y periné de la mujer y con la presencia de guantes, independientemente de la posición de la madre.</p> <p>El <u>masaje perineal</u> era suave y lento, con 2 dedos dentro de la vagina moviéndolos hacia un lado y hacia otro. Presión leve hacia abajo (hacia el recto) se aplicó con pequeños golpes laterales y estables durante 1 segundo en cada dirección. Se usó un lubricante soluble en agua estéril para reducir la fricción con el masaje. Se continuó durante y entre empujones.</p> <p>Comparación: No tocar el periné de la mujer hasta la coronación de la cabeza del bebé.</p>
<p><u>Resultados estudiados</u></p>	<p>Periné intacto. Resultados secundarios: episiotomía, grado y ubicación del traumatismo, necesidad de sutura; en el postparto: anomalías anatómicas, cicatrización defectuosa del desgarro, dolor perineal continuo.</p>

Tabla 5. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Araujo 2008

<p><u>Métodos</u></p>	<p>Ensayo controlado aleatorio. La matrona fue informada sobre la asignación de los grupos. La mujer fue asignada por el investigador en el</p>
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	período expulsivo.
<u>Participantes</u>	106 mujeres. Se incluyeron mujeres sin PVP, edad mayor o igual a 15 años, 37-41 semanas de gestación, único feto sin ninguna anomalía, altura uterina no más de 36 cm, dilatación cervical de 5 cm o menos, ninguna preparación perineal durante la gestación, sin infección en el periné, posición lateral izquierda durante el parto. Se excluyeron aquellos partos que habían hecho uso de la oxitocina, episiotomía, fórceps y cesárea.
<u>Intervenciones</u>	Se aplicó vaselina a toda la zona del periné con 2 dedos. El clítoris, labios mayores y menores, vestíbulo, horquilla y cuerpo perineal se cubrieron con 30 ml de lubricante sin ningún estiramiento o masaje de la dilatación cervical completa hasta el comienzo de la salida cefálica del bebé. Comparación: atención habitual sin recibir vaselina.
<u>Resultados estudiados</u>	Periné intacto, grado de traumatismo y ubicación.

Tabla 6. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Dahlen 2007

<u>Métodos</u>	ECA. Los participantes fueron estratificados en 6 subgrupos por edad y etnia. La partera fue cegada a la asignación de los grupos.
<u>Participantes</u>	717 mujeres. Se incluyeron mujeres sin PVP, en la 36 semana de gestación, único feto con presentación cefálica, prever parto normal, sin haber realizado masaje perineal antes del parto y >16 años. Se excluyeron las que no cumplían los criterios anteriores y las que experimentaron muerte fetal intrauterina. Los 6 subgrupos fueron: asiáticas <25 años, no asiáticas <25 años, asiáticas de 25 a 34 años, no asiáticas de 25 a 34 años, asiáticas >34 años y no asiáticas >34 años.
<u>Intervenciones</u>	<u>Compresas tibias en el periné</u> cuando el bebé había empezado a distender el periné y la mujer notaba sensación de estiramiento. Una gasa estéril empapada en agua del grifo hervida entre 45-59°, se retorció suavemente y se colocó en el periné

	<p>durante las contracciones.</p> <p>Comparación: no aplicación de compresa tibia en el periné en la segunda etapa del parto.</p>
<u>Resultados estudiados</u>	<p>Necesidad de sutura (trauma perineal mayor que el desgarro de 1° grado, cualquier desgarro que sangraba). Resultados secundarios: periné intacto, grado de traumatismo y episiotomía. Otros resultados: dolor al dar a luz, dolor perineal al primer día, a las 6 semanas y a los 3 meses, incontinencia urinaria y satisfacción sexual.</p>

Tabla 7. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

De Costa 2006

<u>Métodos</u>	ECA
<u>Participantes</u>	<p>70 mujeres. Se incluyeron mujeres sin PVP de 15 a 35 años, embarazo normal, al ingreso altura uterina de más de 36 cm, dilatación cervical de 8 cm o menos, membranas intactas, que el parto no excediera de 12 horas después de la hospitalización, sin uso de oxitocina, sin preparación perineal durante el embarazo y sin episiotomía. Se excluyeron a las mujeres que preferían dar a luz en posición litotómica, cesárea o si había anomalía durante el parto.</p>
<u>Intervenciones</u>	<p>Comparación de “manos fuera” frente a “manos sobre” el periné.</p> <p>“<u>Manos fuera</u>”: Durante el período expulsivo la actitud de la matrona es meramente expectante. Durante el parto, la matrona apoya la cabeza del bebé con una mano y el torso con la otra. Si la rotación externa cefálica o la entrega no se produce de forma espontánea dentro de los 15 seg de la salida de la cabeza o existe sufrimiento fetal, el profesional debe girar manualmente la cabeza y dirigirlo suavemente hacia abajo. Cuando el hombro anterior ha sido entregado se tracciona suavemente hacia arriba para expulsar el hombro posterior. El cuello del recién nacido se sujeta con una mano, mientras que la otra sigue a lo largo de la espalda y las extremidades inferiores se sujetan a medida que van saliendo.</p> <p>“<u>Manos sobre</u>”: Cuando la cabeza del bebé está coronando, la matrona coloca el índice, anillo medio y meñique de la mano izquierda muy juntos</p>

	<p>en el occipital del bebé, con la palma de la mano colocada sobre la región anterior del periné. Al mismo tiempo la mano derecha se aplana y se coloca en el periné posterior, con el dedo índice y el pulgar formando una “U” ejerciendo presión sobre la región posterior del periné durante el proceso de coronación. La matrona no deja ningún espacio sin protección, sobre todo la región de la horquilla. Durante la entrega de hombros y el cuerpo la mano derecha se mantiene protegiendo la región posterior del periné, y la mano izquierda apoya la cabeza del bebé, que permite rotación externa y salida de hombros de forma espontánea. Si esto no ocurre, la matrona continúa con la presión posterior del periné, y con la mano izquierda tira suavemente hacia abajo para entregar el hombro. Una vez que el hombro anterior ha sido expulsado se tracciona suavemente hacia arriba para facilitar la expulsión del hombro posterior. Después aparta la mano derecha del periné posterior y apoya el cuello del bebé con una mano y el resto del cuerpo con la otra. En ambas técnicas las mujeres empujan libremente durante el parto sin ser dirigidas, en respuesta a contracciones involuntarias de los músculos abdominales.</p>
<u>Resultados estudiados</u>	Periné intacto, grado y ubicación de desgarro perineal, duración de la segunda etapa.

Tabla 8. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Jönsson 2008

<u>Métodos</u>	Ensayo controlado aleatorio. El diagnóstico y la clasificación de rupturas perineales eran realizados principalmente por las matronas del parto.
<u>Participantes</u>	1575 mujeres. Se incluyeron mujeres sin PVP, con embarazo único, feto con presentación cefálica, admitida para el parto, ruptura de membranas o inducción después de la 37 semanas de gestación. Se excluyeron partos instrumentales, cesáreas de emergencia, multíparas y mujeres con partos prematuros.
<u>Intervenciones</u>	<u>Maniobra de Ritgens modificada:</u> Levantando el mentón fetal interiormente, utilizando los dedos de una mano colocados entre el ano y el cóccix, y extendiendo así el cuello del feto, mientras que la otra mano debe estar colocada en el occipucio fetal para controlar el ritmo de expulsión de la cabeza fetal. Se hizo la maniobra durante una contracción uterina (en lugar de entre contracciones, como se

	<p>realiza en la maniobra de Ritgens sin modificar).</p> <p>Comparación: Práctica habitual, usando una mano para aplicar presión en el periné y la otra mano en el occipucio fetal para controlar la expulsión de la cabeza. También se realizaba episiotomía lateral cuando se indicaba.</p>
<u>Resultados estudiados</u>	Tasas de desgarro perineal de 3º y 4º grado, incluyendo el esfínter anal externo.

Tabla 9. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Mayerhofer 2002

<u>Métodos</u>	Cuasi-aleatorio. Las mujeres se asignaron al azar según la fecha de parto (días pares o impares).
<u>Participantes</u>	1161 mujeres. Se incluyeron mujeres con embarazo normal, presentación cefálica, 1º y 2º etapa del parto normales, >37 semana de gestación. Se excluyeron a mujeres con embarazo múltiple, presentación no cefálica, cesárea, fórceps, vacío, parto planificado en agua, cicatriz perineal visible, dificultades con el idioma.
<u>Intervenciones</u>	<p>La matrona tiene las manos a punto para aplicar una ligera presión sobre la cabeza del bebé para evitar una rápida expulsión. No toca el periné con la mano derecha durante el parto. La expulsión de los hombros es apoyada por las manos de la matrona.</p> <p>Comparación: La mano izquierda ejerce presión sobre la cabeza del bebé. La mano derecha se coloca en el periné para protegerla y utilizar la flexión lateral para facilitar la expulsión de los hombros.</p>
<u>Resultados estudiados</u>	Grado de desgarro perineal, episiotomía y resultados neonatales.

Tabla 10. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

McCandlish 1998

<u>Métodos</u>	Ensayo controlado aleatorio.
----------------	------------------------------

<u>Participantes</u>	5471 mujeres. Se incluyeron mujeres con embarazo único y presentación cefálica. Criterios de exclusión: mujeres que planificaron parto en el agua, episiotomía electiva prescrita, adopción, si parto antes de la 37 semana de gestación.
<u>Intervenciones</u>	La matrona mantiene sus manos a punto, preparadas para aplicar una ligera presión sobre la cabeza del bebé y evitar una expulsión rápida, <u>no toca el periné</u> para permitir la expulsión rápida de los hombros. Comparación: Las manos de la matrona ejercen una presión sobre la cabeza del bebé y protegen el periné, utilizan la flexión lateral para facilitar la expulsión de los hombros.
<u>Resultados estudiados</u>	Dolor perineal en las últimas 24 horas. Resultados secundarios: grado de traumatismo perineal, dolor perineal 2 días y 3 meses después del parto, dispareunia a los 3 meses, problemas urinarios e intestinales a los 10 días y 3 meses.

Tabla 11. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Stamp 2001

<u>Métodos</u>	ECA. Estratificación para las mujeres nulíparas y multíparas. Unidad de asignación al azar: mujeres sin complicación de parto habiendo progresado a cualquier vértice visible, dilatación completa de 8 cm o más si nulíparas y 5 cm o más si multíparas.
<u>Participantes</u>	1340 mujeres. Se incluyeron mujeres en la 36 semana de gestación, parto normal de feto único y parto sin complicaciones después de haber progresado a cualquier vértice visible, mismo idioma. Criterios de exclusión sin especificar.
<u>Intervenciones</u>	Masaje y estiramiento del periné con cada contracción durante la segunda etapa del parto. La matrona inserta 2 dedos dentro de la vagina con movimientos hacia los lados, estirando suavemente el periné con gel soluble en agua, deteniendo el movimiento si era incómodo. Comparación: no aplicación de masaje perineal.

<u>Resultados estudiados</u>	Periné intacto, grado de desgarro perineal. Resultados secundarios: dolor a los 3, 10 días y 3 meses después del parto, satisfacción sexual y dispareunia, urgencia urinaria y fecal.
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 12. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Mei-Dan 2008

<u>Métodos</u>	Ensayo prospectivo controlado simple ciego. Asignación libre de cualquiera de los dos grupos pero no revelaron al personal que les atienden el grupo al que fueron asignados. Llamada telefónica semanal por parte del coordinador a todas las participantes para mejorar y reforzar la técnica.
<u>Participantes</u>	234 mujeres. Se incluyeron mujeres nulíparas con feto único, de la 30-34 semana de gestación y planificación de parto vaginal. Se excluyeron las que tenían antecedentes de cualquier procedimiento quirúrgico vaginal, gestación múltiple, uso de un aceite para el masaje diferente y dificultades en la comunicación
<u>Intervenciones</u>	Masaje perineal realizado por la gestante o su pareja a partir de la 34 semana de gestación, con aceite de caléndula y vitamina E durante 10 min. Consiste en introducir los pulgares engrasados dentro de la vagina posterior 2-3 cm, presionando hacia abajo y deslizando hacia ambos lados al mismo tiempo. El estiramiento se mantenía hasta notar una ligera sensación de ardor u hormigueo y manteniendo la presión durante 1 min hasta que la zona se volviese un poco adormecida. Las matronas fueron instruidas para realizar el masaje durante la segunda etapa del parto, cuando el bebé se encontraba en la posición de coronación y usando el mismo aceite tanto en el grupo como en el control para evitar la episiotomía.
<u>Resultados estudiados</u>	Tasas de episiotomía, tasas y grado de desgarro perineal, periné intacto. Resultados secundarios: ubicación del desgarro perineal y cantidad de material de sutura para su reparación.

Tabla 13. Mei-Dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. Israel Medical Association Journal 2008; 10 (7): 499-502. [PUBMED: 18751626].

Karaçam 2012

<u>Métodos</u>	Ensayo controlado aleatorio. Los datos fueron recogidos durante el parto, 1 día, 3 semanas y 1 año después del parto.
<u>Participantes</u>	396 mujeres. Se incluyeron: mujeres nulíparas, en la 37-42 semana de gestación, de 18-35 años de edad, prever parto vaginal. Se excluyeron a mujeres con múltiples embarazos, fetos macrosómicos, presentación de nalgas, posición occipitoposterior, polihidramnios, sufrimiento fetal, muertes intrauterinas, prematuridad, postmadurez y parto asistido por vacío.
<u>Intervenciones</u>	El masaje perineal se inició cuando el cuello uterino había dilatado unos 8 centímetros aproximadamente. Para realizarlo, la matrona introdujo los dedos índice y medio en la vagina, moviéndolos desde el suelo perineal hacia la cara lateral en semicírculos, con una presión suave y constante y presionando el periné hacia el recto e interrumpiéndolo cuando aparecían molestias. Cada movimiento hacia la cara lateral duraba 1 seg. El masaje se mantenía durante y entre empujones unos 10 minutos.
<u>Resultados estudiados</u>	Grado de desgarro perineal, cantidad de material de sutura, tiempo de recuperación, dolor perineal, complicaciones derivadas de la cicatrización, incontinencia fecal y urinaria, flatos y dispareunia.

Tabla 14. Karaçam Z, Ekmen H, Çalisir H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International* 2012; 33: 697-718.

5. DISCUSIÓN

Se necesitan más estudios que evalúen y apoyen la práctica del masaje perineal, así como la frecuencia exacta de realización, la técnica, la duración y la periodicidad de aplicación del procedimiento. Además tampoco se ha demostrado si influyen otros factores como la alimentación o factores demográficos. Los estudios que hay publicados al respecto en la actualidad revelan que el MP puede resultar beneficioso, ya que aumenta la elasticidad de la zona del periné, y disminuye la incidencia de traumatismo perineal durante el parto. También hemos visto que el uso restrictivo de la episiotomía se asocia con menos traumatismo perineal, por lo que habría que concienciarse de recurrir a esta técnica sólo en casos que realmente lo requieran.

En este trabajo nos hemos centrado en el estudio del MP, pero también me han resultado interesantes otras técnicas perineales estudiadas en el meta-análisis de (Aasheim et al.)⁽⁴⁾ que también se utilizan actualmente como método de prevención del traumatismo perineal en la segunda etapa del parto (“*manos fuera*” frente a “*manos sobre*” el periné; *aplicación de compresas calientes en el periné*; y *maniobra de Ritgens modificada*). Según este el uso de *compresas calientes* sobre el periné en la segunda etapa del parto frente a la no aplicación de compresas calientes, llevaba a una reducción significativa en cuanto a lesiones de tercer y cuarto grado RR 0,48 IC 95% (0,28-0,84), por lo que se asoció a una disminución de traumatismo perineal severo ⁽⁴⁾.

Por otro lado, también se notificó que existía un efecto estadísticamente significativo al aplicar la técnica “*manos fuera*” frente a “*manos sobre*” en cuanto a la reducción de la tasa de episiotomía RR 0,69 IC 95% (0,50-0,96) ⁽⁴⁾.

En cuanto a la *maniobra de Ritgens modificada*, según este mismo estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En nuestra opinión, sería interesante que se investigara más acerca de la efectividad de estas otras técnicas perineales que podrían complementarse junto con el masaje perineal, ya que existen pocos estudios al respecto y podrían aumentar la calidad de vida de la mujer durante el puerperio. Además, se ha demostrado que las mujeres están satisfechas con este procedimiento.

Otro aspecto a mencionar es la contradicción que hemos observado al analizar los resultados. Por una parte se observa que al aumentar la frecuencia de aplicación del masaje disminuye la efectividad. Por otro lado, según otros autores, existían más personas con periné intacto en el grupo control que en el de masaje, aunque se demuestra que estos resultados no eran significativos. También hemos observado que las personas que se aplican el masaje perineal durante el embarazo o durante la segunda etapa tienen más probabilidad de desgarro de 1° ó 2° grado que el grupo al que no se le aplica el masaje, pero este resultado nuevamente no tiene significación estadística.

A pesar de estos resultados, pensamos que es necesario incluir la técnica del masaje perineal en los programas de educación prenatal, ya que se ha demostrado que es una práctica inofensiva sin perjuicios algunos y que puede tener efectos beneficiosos durante el parto y puerperio. Además es accesible a todas las mujeres, hace partícipe a la pareja, sencillo de realizar y sin coste alguno. Promueve la participación de la mujer en su propio embarazo y le ayuda a planificar el parto. Esta práctica le puede transmitir confianza y le aporta un mayor

conocimiento sobre su propio cuerpo. La enfermería obstétrico-ginecológica tiene que ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir cómo llevar a cabo esta experiencia para que le resulte lo más positiva y gozosa posible.

6. CONCLUSIONES

- La técnica del MP no demuestra efectividad en cuanto a mantener el periné intacto tras el parto.
- El MP en un promedio de 1,5 veces por semana protege de traumatismo perineal que requiere sutura (especialmente a mujeres sin PVP), sin embargo a mayor frecuencia reduce la efectividad.
- El MP durante la segunda etapa del parto ha demostrado efectividad en la prevención de traumatismo de 3º y 4º grado, sin embargo no protege de traumatismos de 1º y 2º grado. También ha demostrado efectividad en la reducción de la incidencia de episiotomía concomitante con desgarro espontáneo de cualquier grado pero no de la episiotomía.
- El MP ha demostrado efectividad en la disminución de la incidencia de episiotomía en mujeres sin PVP que se masajean con una frecuencia de 1,5 veces por semana.
- El MP en un promedio de 3,5 veces por semana se ha demostrado que aumenta la duración de la segunda etapa del parto.
- Las mujeres están satisfechas con la práctica del masaje y se lo recomendarían a otras mujeres.
- El MP protege de dolor continuo a los 3 meses del parto en mujeres con partos vaginales previos y en mujeres que se masajearon con mayor frecuencia.
- El MP no protege de la incidencia de dispareunia ni de la incontinencia urinaria, fecal o flatal. La práctica del MP no disminuye la duración de la segunda etapa del parto ni la frecuencia de partos instrumentales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Terré C, Beneit JV, Gol R, Garriga N, Salgado I, Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.* 2014; 15(4): 122-129**
- 2. Mata S.MJ, Sánchez C. MI, Luna V. JM. Prevención del trauma perineal: Comparación de la técnica de protección manual del periné versus técnica expectante. *Rev. Paraninfo digital.* 2013; 19.**
- 3. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.**
- 4. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.**
- 5. Jiménez L. RM. ¿Es efectivo el masaje perineal durante el embarazo para evitar desgarros o episiotomías en el parto? *AMF* 2014; 10 (1): 47-48.**
- 6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.**
- 7. Moore E, Moorhead C. Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *BJM.* 2013; 21 (9): 616-620.**
- 8. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *Journal of Reproductive Medicine* 2002; 47 (6): 477–482.**
- 9. Amóstegui-Azúe J.M. , Ferri Morales A, et all. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. *Revisión médica Universidad Navarra. Volumen 48, número 4, 2004, 18-31.***

10. Hastings- Tolsma M, Vicent D, et al. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007; 32(3): 158-64.
11. Gómez de EC ME. Masaje perineal durante el embarazo. *Rev. Enfermería CyL.* 2009; 1(2): 40-43.
12. Fernández M. IM. Abordaje fisioterápico de las lesiones perineales en el postparto. *Enfermería docente* 2013; 100: 28-33.
13. Cobo S.C. Sánchez G. MJ. ¿Es efectivo el masaje perineal durante el embarazo para obtener un periné íntegro tras el parto? *Enfermería Docente.* 2010; 92: 35-36.
14. Kettle C, Tohill S. Perineal Care. *Clinical Evidence.* 2001; 04: 1401.
15. Kalichman L. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *IMAJ* 2008; 10: 531-533.
16. Jiménez L. LM, Escribano T. JJ, Martín G. V. Anatomía del aparato genital femenino. En: Escribano T. JJ, coordinador. *Ginecología y Atención Primaria, Orientación en la Práctica Clínica, Fundamentos de Ginecología.* SEGO. Madrid: Bayer; 2009; 15-17.
17. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
18. Fernando RJ, Williams AA, Adams EJ. The management of third or fourth degree perineal tears. *RCOG Green-top guidelines. No 29.* London: RCOG, 2007.
19. Rivero G.C, Palomo G.R, Mora M.JM, Rivero G.R, Antzoulis E. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). *Enfermería Maternal y del Recién Nacido.* Madrid. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014; Vol. 3.
20. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2005; 56 (2): 116-126.
21. Duarte G.L, García G.S, Mejías P.MC. Masaje perineal. *Nure investigación.* 2013; 10 (62): 1-4.
22. Creus P.MD, Martínez B.C, Olivera S.G, Vela M.E. “Associació Catalana de Llevadores”. *El Masaje Perineal.* FAME. 2013.

23. Mei-Dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *Israel Medical Association Journal* 2008; 10 (7): 499–502. [PUBMED: 18751626].
24. Karaçam Z, Ekmen H, Çalisir H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International* 2012; 33: 697-718.
25. Labrecque M, S Marcoux, Pinault JJ, Laroche C, Martin S. Prevención de trauma perineal por el masaje perineal durante el embarazo: un estudio piloto. 1994; 21 (1): 20-5.
26. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999; 180(3): 593–600.
27. Shimada M. Un ensayo controlado aleatorio en la evaluación de la eficacia del masaje perineal durante el embarazo en mujeres primíparas. *Diario de Japón Academia de Ciencias de la Enfermería* 2005; 25 (4): 22-9.
28. Shipman MK, Bonifacio DR, Tefft ME, McCloghry F. masaje perineal prenatal y posterior perineal resultados: un ensayo controlado aleatorio. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 104 (7): 787-91.
29. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2005; 50(5): 365-372.
30. Araujo NM, Oliveira SM. The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; Vol. 16, issue 3:375–81.
31. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007; 34 (4): 282–90.
32. De Souza Caroci da Costa A, Gonzalez Riesco ML. A. Comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2006; 51 (2): 106–11.

33. Jonsson ER, Elfaghi I, Rydhstrom H, Herbst A. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112: 212–7.
34. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998; 105(12): 1262–72.
35. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *British Medical Journal* 2001; 322 (7297): 1277-1280.
36. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2001; 108 (5): 499-504.
37. Cohain JS. Perineal outcomes after practising with a perineal dilator. *MIDIRS Midwifery Digest* 2004; 14 (1): 37-44.