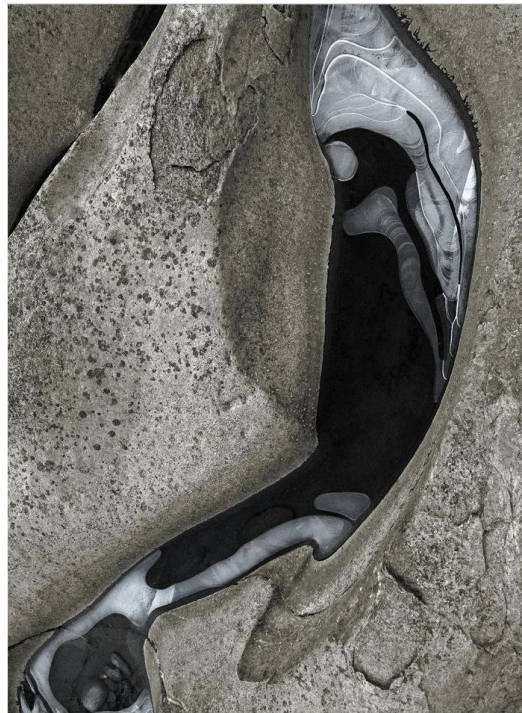


MASAJE PERINEAL PRENATAL: REVISIÓN NARRATIVA



18/05/2018

Autora: Sara Colás Carpallo

Tutora: Belén Cabello Tarrés

Trabajo de Fin de Grado de Enfermería

Universidad Autónoma de Madrid

Curso 2017/2018

Ilustración obtenida de <https://www.fotored.es/foto/ficha/hielo-en-roca-12044>

ÍNDICE

1. Resumen y Abstract.....	6
2. Introducción.....	8
3. Metodología.....	19
4. Resultados.....	23
5. Discusión.....	36
6. Conclusiones.....	41
7. Agradecimientos.....	43
8. Bibliografía.....	44
9. Anexos.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales.....8
- Tabla 2. Factores relacionados con los distintos tipos de episiotomía y su realización.....13
- Tabla 3. Búsquedas y artículos seleccionados en las distintas bases de datos.....20
- Tabla 4. Relación entre la frecuencia de la realización del masaje perineal y el porcentaje de prevención de trauma perineal que requiere sutura.....26
- Tabla 5. Características principales de los artículos incluidos en la revisión.....49

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Cifras de episiotomía en el año 2004, y su evolución entre dicho año y el 2010 en mujeres con partos vaginales.....15
- Figura 2. Evolución de las episiotomías en partos vaginales según centro de atención en la Comunidad Valenciana, 1998-2012.....16
- Figura 3. Relación entre presencia de desgarro y episiotomía.....17

1. RESUMEN

Objetivo: analizar las ventajas e inconvenientes del masaje perineal prenatal, así como su eficacia en la prevención de las episiotomías o desgarros perineales.

Metodología: se ha llevado a cabo una la revisión narrativa mediante búsquedas bibliográficas en las bases de datos Cinahl, Cuiden, Cochrane, Pubmed, Scopus y Web of Science, además del repositorio de la Universidad de La Rioja (Dialnet). Se ha utilizado lenguaje libre y controlado, cuando existían tesauros específicos, formando las sentencias de búsqueda mediante operadores booleanos, dentro del límite temporal de 2013-2018.

Resultados: se obtuvieron 20 artículos, de los cuales 11 están escritos en inglés y 9 en español, a partir de los cuales se desarrollaron 4 unidades de análisis: efectividad del masaje perineal en la prevención del trauma perineal y la episiotomía, masaje perineal y morbilidad postparto, técnica del masaje perineal, y educación y aceptación del masaje perineal por parte de la usuaria.

Conclusiones: pese a que el masaje perineal prenatal es una técnica ampliamente recomendada por los y las profesionales de Enfermería para la prevención del trauma perineal, no obtiene una unanimidad completa debido a la ausencia de estudios correctamente realizados con un rigor adecuado. Pese a ello, y apoyándonos en la evidencia actual, se puede confirmar que sus beneficios en relación con la prevención de desgarros y episiotomías es notable, además de ser de gran utilidad para el empoderamiento de las gestantes, tomando una mayor conciencia de su cuerpo y del proceso del parto y obteniendo una motivación mayor.

Palabras clave

Parto, embarazo, desgarro perineal, episiotomía, trauma perineal, masaje perineal, enfermería

2. ABSTRACT

Aim: analyse the advantages and disadvantages of perineal massage during pregnancy, and conclude if it is useful to prevent episiotomy or perineal tears.

Methodology: to carry out the narrative review, it was done a biographic search in the following databases: Cinahl, Cuiden, Cochrane, Pubmed, Scopus and Web of Science, in addition to the repository of the University of La Rioja (Dialnet) through free language and thesauri applying Boolean terms and various filters (2013-2018, English / Spanish, free text) applying the inclusion / exclusion criteria and selecting the documents after reading them.

Results: 20 articles were obtained, 11 are written in English and 9 in Spanish, from which 4 units of analysis were developed: effectiveness of perineal massage in the prevention of perineal trauma and episiotomy, perineal massage and postpartum morbidity, technique of perineal massage, and education and acceptance of perineal massage by the user.

Conclusions: even though the perineal massage is a technique highly recommended by the professionals to prevent the perineal trauma, it doesn't obtain completed unanimity because of the absence of studies correctly carried out with exactitude adequate statistical. However, based in the nowadays evidence, it is confirmed that the benefits related with the prevention of perineal tears and episiotomies is notable. Moreover, it is very useful to empower pregnant women while taking more awareness of the labor with a higher motivation.

Keywords

Labor, pregnancy, perineal tear, episiotomy, perineal trauma, perineal massage, nursing

3. INTRODUCCIÓN

“El daño al periné es uno de los traumas más frecuentes experimentados por las mujeres en el parto, incluso en el considerado parto normal”¹.

Dentro de estos traumas, los más frecuentes son los desgarros perineales, considerándolos como “cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto de manera espontánea”². Pueden ser de diversos grados, encontrándose los de primer grado (D I), fácilmente recuperables, y los de segundo grado (D II) que son suturables con facilidad, sin ninguna complicación mayor para la mujer. Sin embargo, los de tercer y cuarto grado (D III-IV) son más perjudiciales debido a la posibilidad de padecer posteriormente incontinencias, ya sean urinarias y/o fecales y fistulas anales, entre otras complicaciones.¹

Dicho compromiso de la mucosa rectal debido a los D III-IV tienen una mayor probabilidad de suceder en un parto vaginal con episiotomía. Sin embargo, en un parto sin episiotomía son más comunes los desgarros labiales y periuretrales, con un mayor número de D I-II.²

Los desgarros perineales fueron clasificados según el área afectada en un Protocolo de lesiones perineales de origen obstétrico realizado por el Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universidad de Barcelona³:

Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales

	AFECTACIÓN		
<i>1º grado</i>	Lesión de piel perineal		
<i>2º grado</i>	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
<i>3º grado</i>	Lesión del esfínter anal	3-A	Lesión del esfínter externo <50% grosor
		3-B	Lesión del esfínter externo >50% grosor
		3-C	Lesión de esfínter externo e interno
<i>4º grado</i>	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Fuente. López M, Palacio M, Ros C, Bataller E, España M, Anglés S. Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico. 1º ed. Cataluña: Servicio Medicina Materno-fetal y Servicio Ginecología; 2014

La episiotomía, considerada igualmente un tipo de trauma perineal, se define como una “incisión en el periné que se realiza para aumentar el tamaño del introito vaginal en el periodo expulsivo del parto”². Pueden ser de tres tipos según la dirección en la que se realice la incisión^{2,4}:

- Lateral (EL), que genera un sangrado abundando y se encuentra en desuso por su dificultad en la cicatrización, siendo la más dolorosa e incómoda para la mujer.
- Media o central (EM), que pese a ser fácil de suturar y con menos molestias que las otras, presenta una mayor tasa de desgarros además de más posibilidades de daño en el esfínter anal si se prolonga.
- Medio-lateral (EML), realizada en un 45% de los casos en España. Genera un sangrado mayor que la episiotomía media con posibilidad de dispareunia meses posteriores al parto.

La técnica de episiotomía debe realizarse en el momento preciso, ni de forma temprana, pues puede generar hemorragia, ni de forma tardía por riesgo de lesión musculo-nerviosa. El momento oportuno para ejecutarla es cuando se hace visible la cabeza fetal en el introito. Los tejidos y elementos que se cortarán en esta técnica son desde la piel hasta los músculos bulbocavernoso y transverso superficial del periné llegando a los haces pubianos del elevador del ano, incluyendo la mucosa de la vagina y el tejido subcutáneo. Para llevarla a cabo se realizará una infiltración con 10cc de Lidocaína al 2% según se describe en el *Protocolo de episiotomía* de Trujillo. Posteriormente, y cuando la paciente no tenga sensibilidad en la zona, se realizará un corte con unas tijeras de Mayo rectas de unos 3-4 centímetros en la dirección que se precise según el tipo de episiotomía a realizar.⁴

El término episiotomía deriva etimológicamente de *episeidón* (pubis) y *temno* (yo corto), aunque también se la conoce como colpoperineotomía.⁵ Fue en 1742 cuando el practicante en obstetricia irlandés, Sir Fielding Ould, describió por primera vez la técnica de la episiotomía, denominándola como episiotomía profiláctica en partos complicados,

a la vez que también describió exhaustivamente el encaje fetal en un tratado escrito por él mismo.⁶ La primera vez que se realizó dicha técnica fue en 1799 en Alemania; y, en 1857, Carl Braun fue la primera persona que consideró la técnica de la episiotomía como algo “inadmisibles e innecesaria”². En aquella época, las únicas complicaciones que justificaban el uso de una episiotomía eran peligro del feto o dificultad en el parto. En las últimas décadas del siglo XIX en EEUU con Anna Broomall, y en Alemania con Credé y Colpe, se intentó un uso más frecuente de dicha técnica. Pese a ello, fue a principios del siglo XX, en 1920, cuando se instauró de manera rutinaria el uso de la episiotomía “llegando a nuestros días a ser la intervención obstétrica que más se realiza”^{2,7}. Específicamente en España, se ha realizado dicha técnica casi de manera rutinaria debido a la falta de estudios o investigaciones basados en la evidencia científica.⁷ Sin embargo, a partir de los años cincuenta hubo un cambio de pensamiento en el mismo momento del auge del parto medicalizado, pasándose a un uso más controlado y terapéutico de la episiotomía, debido a la falta de evidencia científica, aunque junto con el traslado de los partos del domicilio a los hospitales se regresó a prácticas sanitarias abandonadas anteriormente, como es el uso rutinario de la episiotomía.²

La OMS editó una guía práctica denominada *Cuidados en el parto normal*, en la cual consideraba que “distrés fetal, progreso insuficiente del parto, amenaza de un desgarro de tercer grado”¹ son factores que apoyan la realización de una episiotomía. Sin embargo, es muy difícil y complicado predecir un posible D III, ya que su proporción se encuentra en torno al 0.4%, por lo que la posibilidad de un desgarro de este tipo es un diagnóstico que debería hacerse muy ocasionalmente. “El uso liberal de la episiotomía se asocia con índices más altos de daño perineal y más bajos de mujeres con periné intacto”¹. Por ello, la OMS concluye que no hay suficiente evidencia científica sobre los beneficios de un uso indiscriminado de la episiotomía, aunque si existe cierto consenso sobre los daños que ésta puede producir en las mujeres. Finalmente, destaca como deseable un porcentaje del 10% de episiotomías, sin daño para el niño ni la madre implicados.¹

Posteriormente surgieron estudios, como los de Eltorkey et al, Sleep et al y Harrison et al, cuyos resultados no hallaron desigualdades importantes entre dos grupos de mujeres, con y sin episiotomía, a la hora de realizar la valoración del test de Apgar.⁸

Sánchez Casal y Luna Valero encontraron diversas complicaciones importantes que surgen de dicha técnica o de los desgarros más graves, como son los D III-IV. Pese a ser

considerada la episiotomía como una técnica que protege el suelo pélvico, ya que tenía un efecto preventivo de elongación muscular evitando consecuencias en el futuro como incontinencias, concluyeron que en el momento en el que se lleva a cabo una episiotomía la cabeza del feto ya ha generado dicha elongación muscular. En resumen, la fuerza de los músculos del suelo pélvico en las mujeres sometidas a una episiotomía, es menor que aquellas mujeres que sufrieron desgarros naturales durante el parto.⁸

Fue a partir de la publicación de esta guía práctica de la OMS, cuando surgieron muchas opiniones contrapuestas, además de un nuevo movimiento a favor de un control más exhaustivo del uso de episiotomías. A pesar de que la principal justificación para la realización de la episiotomía fuese prevenir daños severos en el periné, así como D III-IV, diversos estudios concluyeron que el uso de dicha técnica posee pocos beneficios, además de que precisa en un futuro de mayor reparación quirúrgica del periné.⁹ Además, el uso de la episiotomía implica una peor función sexual de la mujer, por lo que autores como Lede, Belizán y Carroli consideraron que “routine use of episiotomy should be abandoned, and rates of episiotomy >30% do not seem to be justified”⁹.

Sin embargo, Belizán y Carroli también afirmaron que cuando en la práctica clínica existe una técnica tan establecida es muy complicado abandonarla incluso cuando la evidencia científica del momento muestra su inutilidad.¹⁰ Incluso, un autor como Girard equiparó la episiotomía a una mutilación genital contemporánea, y expuso que la realización indiscriminada de dicha técnica actualmente es sorprendente.¹¹

Además, en esa misma época, Marsden Wagner, que fue director del Departamento de salud materno-infantil de la OMS, confirmó que una episiotomía era más perjudicial que los desgarros naturales en términos de mayor sangrado, dolor, dificultad sexual y deformidad vaginal permanente.¹¹ Sin embargo, a medio y largo plazo la relación existente entre la episiotomía y los D III-IV va siendo cada vez más estrecha, y los efectos derivados como incontinencias, ya sean urinarias y/o fecales, dolor, dispareunia y posibles fístulas, afectan a la mujer de manera contundente, llegando incluso “hasta el extremo de afectar su salud general, autoestima y relación con su bebé y su pareja”⁸. Es decir, las consecuencias de una episiotomía y D III-IV son muy graves tanto a nivel físico como psicológico para la mujer y su familia.

Laviña Castán et al. realizaron un estudio, en el que llevaron a cabo una serie de entrevistas y encuestas a madres en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza,

con el fin de determinar si existe una relación causal entre padecer depresión postparto y la ausencia de realización de las prácticas que se recomiendan en la Estrategia de Atención al Parto Normal, concluyendo que del 100% de mujeres presentes en el estudio, un 10,27% y un 10,83% presentaron depresión postparto, siendo el primer grupo aquellas mujeres que presentaron una episiotomía, y el segundo grupo aquellas que no la tuvieron. Por lo tanto, pudieron determinar que en este caso la realización o no de una episiotomía no se consideraba un riesgo para sufrir una depresión postparto.¹²

Sin embargo, numerosos estudios y artículos llegan a distintas conclusiones, afirmando que tanto la episiotomía como diversos factores que acompañan el parto (como el apoyo, el dolor, la experiencia, etc.) afectan de forma positiva o negativa, influyendo en una posible depresión postparto. Laviña afirma que “los síntomas de trauma perineal se asocian a una percepción negativa del parto y por tanto a DPP”¹³, al igual que una mala experiencia o un apoyo insuficiente durante el parto se encuentra en estrecha relación con el maternity blues.¹³

La incontinencia urinaria y fecal es un problema con una prevalencia muy elevada, que además es vivido por las mujeres como algo vergonzoso que les lleva a una afectación psicológica, por lo que se concluyó que el uso deliberado de las episiotomías no previene dichos problemas. En diversos estudios, salió a la luz que de la totalidad de las mujeres que presentaban algún tipo de incontinencia junto con ausencia de lesiones en el esfínter, habían sufrido una episiotomía algo menos de la mitad de las mismas.^{2,7} Kamm llevó a cabo una revisión sobre la incontinencia fecal y los factores relacionados con la misma, llegando a la conclusión de que en situaciones con D III, el 85% de las mujeres presentarán daños en el esfínter con síntomas persistentes hasta 6-9 meses postparto.⁸

Enlazando con los inconvenientes que presenta dicha técnica, se encuentran un mayor dolor en mujeres con episiotomía que con desgarros naturales, aumentando en EML frente a EM. La dispareunia también aumentaba en mujeres con episiotomía frente a mujeres con desgarros naturales, 16% y 12% respectivamente. Autores como Renfrew et al llegaron a la conclusión de que el dolor a largo plazo era menor en mujeres con desgarros naturales espontáneos que en aquellas mujeres que habían sufrido una episiotomía.^{7,8} Finalmente, los costes sanitarios se vieron aumentados en términos de 0.2 días más de ingreso que en aquellas mujeres que no habían tenido una episiotomía.^{2,7}

Igualmente, se puede afirmar que la técnica de la episiotomía presenta diversas complicaciones como son un mayor dolor postparto, mayor molestia y mayor probabilidad de infección, dehiscencia, hematomas, fistulas, dispareunia y demora en el comienzo de las relaciones sexuales, e incluso, según Rubio describe como principales desventajas de la episiotomía, un “resultado anatómico insatisfactorio”, lo que conlleva una disminución de las relaciones sexuales, vergüenza e incluso baja autoestima, pudiendo desembocar en depresión postparto.¹⁴ Los desgarros disminuyen los riesgos anteriormente mencionados, además de generar menos lesiones en el suelo pélvico.^{2,8}

Tabla 2. Factores relacionados con los distintos tipos de episiotomía y su no realización

	EML	EM	No episiotomía
<i>Riesgo de desgarro</i>	Protege D III-IV	D III-IV	D I-II y lesiones en perineo anterior
<i>Dolor y dispareunia</i>	+++	++	+
<i>Incontinencia urinaria</i>	No previene	No previene	No previene
<i>Suelo pélvico</i>	No protege	No protege	Recuperación más rápida
<i>Coste sanitario</i>	++	++	No

Fuente. Romero Martínez J, de Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Profesión*. 2002;8(1):33-39

Además, Sánchez Casal concluyó que el uso sistemático de la técnica de la episiotomía no es útil en la prevención de desgarros perineales posteriores, e incluso puede aumentar y empeorar los mismos. Sin embargo, un uso más controlado de dicha técnica aumenta el número de desgarros de la zona anterior del periné, los cuales no presentan complicaciones importantes, y protege frente a cistoceles. Pero todo esto, no comprende que no se deba usar nunca la episiotomía de forma radical, aunque sí intentar un uso restrictivo de dicha técnica a aquellos casos que lo precisen. La complejidad y el tamaño del trauma perineal durante el parto se encuentran relacionados con la morbilidad

postnatal, por ello es de vital importancia buscar y extender el uso de métodos preventivos, reducir el daño perineal y extender un uso terapéutico de la episiotomía.^{2,8}

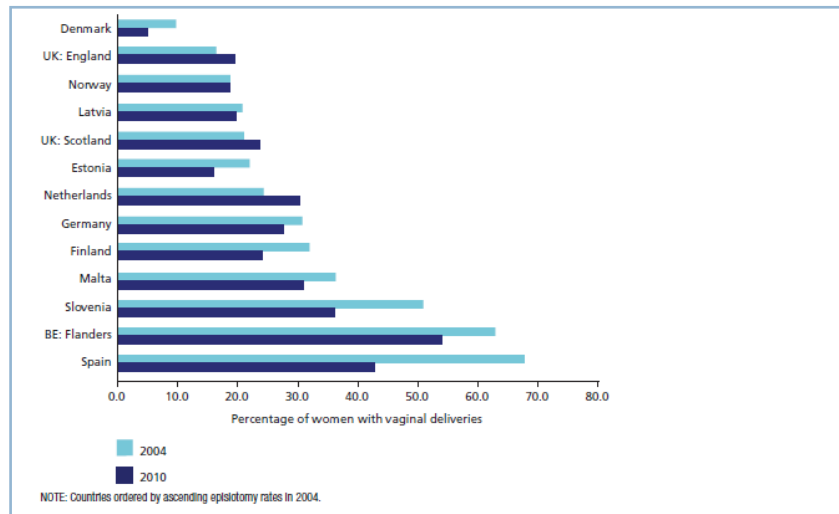
Sánchez Casal definió algunas estrategias que serían de gran utilidad para reducir el uso sistemático de la episiotomía, y son²:

- Difundir la evidencia científica sobre un uso más restrictivo de la episiotomía, a la vez que se forma a los profesionales sanitarios en habilidades de análisis crítico de la literatura existente.
- Formar a los profesionales sanitarios para poseer diversas estrategias en la atención de partos sin episiotomía, generando un cambio de actitud en los mismos.
- Comunicar toda esta información a la población a través de diferentes medios de comunicación, haciéndola llegar a las mujeres para generar una conciencia de derecho en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo.

Los métodos de prevención son importantes y necesarios tal y como se encuentran descritos en las competencias enfermeras y en las propiamente específicas de los y las profesionales de enfermería especialista obstétrico-ginecológica, donde se define como una de las competencias “facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto”¹⁵.

La UE generó un documento en 2010 denominado *European perinatal health report in 2010*, en el cual se expusieron los cambios entre los porcentajes de episiotomía en los países pertenecientes a la UE entre 2004 y 2010, mostrando el declive de dicha técnica salvo en UK y Países Bajos. Pese a ello, fue notable que aquellos países que obtuvieron las mayores cifras en las estadísticas del año 2004 fueron los que más las disminuyeron durante ese periodo, al contrario que los anteriormente mencionados, que aumentaron los porcentajes de episiotomía, aunque eran los que tenían las cifras más bajas en las estadísticas del 2004. Además, la variabilidad en prácticas médicas queda al descubierto por la diferencia de valores existente entre los países presentes en las estadísticas. Igualmente, queda en duda la capacidad de estos para incluir en su práctica sanitaria toda la evidencia científica existente en ese momento.¹⁶

Figura 1. Cifras de episiotomía en el año 2004, y su evolución entre dicho año y el 2010 en mujeres con partos vaginales



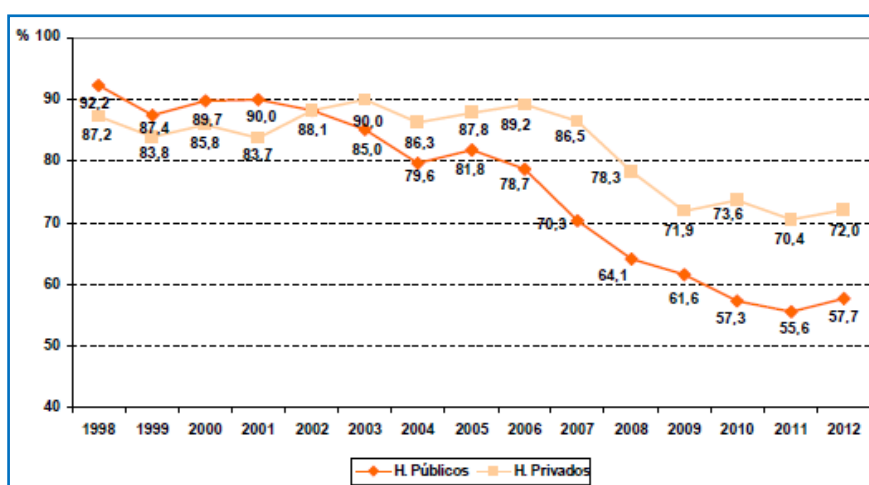
Fuente. Cans C, Colver A, Krägeloh-Mann I, Platt MJ, de la Cruz K, Curran L, et al. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 1º ed. París: INSERM; 2013

En España, y según las estadísticas del *Euro-Peristat*, cuyo propósito es generar un sistema de información perinatal europeo, en el año 2010 se realizaron un 43% de episiotomías de todos los partos por vía vaginal del año, lo que sitúa a España en el octavo país con mayor porcentaje de episiotomías en la Unión Europea. Encontramos datos específicos de dos comunidades autónomas, como son Cataluña y Valencia, que nos dan información sobre la situación actual de España. En Cataluña, el 71.9% de los partos fueron por vía vaginal, siendo un 12.5% de los mismos instrumentalizados. En Valencia, del total de partos por vía vaginal, un 80.8% no tuvieron desgarros ni daños perineales, mientras que 12.2% presentaron D I, un 6.4% de D II, un casi nulo 0.6% de D III, y con una ausencia de mujeres que sufrieron D IV.¹⁷ Por lo tanto, en estas últimas estadísticas queda expuesto lo lejos que se encuentra España, entre otros países, de lograr ese deseado 10% de episiotomías expuesto por la OMS. Como países que si cumplen dicha expectativa se encuentra Islandia (8.4%), Suiza (6.6%) y Dinamarca (4.9%).¹⁷

Recio Alcaide estudió diversos datos para reflexionar sobre un problema que sucede actualmente en España y es que, pese a los pocos datos que se recogen en España sobre los partos y cesáreas realizadas, obtuvo estadísticas verdaderamente preocupantes en

relación con las episiotomías, concretamente en la Comunidad Valenciana, ya que fue la comunidad autónoma que había recogido los datos mencionados anteriormente. Pudo observar que, al igual que en el caso de las cesáreas, resultaba llamativa la diferencia existente entre el porcentaje de episiotomías en la sanidad pública y privada, llegando a ser el triple en esta segunda. Dicha diferenciación entre ambos tipos de asistencia “no tiene justificación desde el punto de vista médico o fisiológico”¹⁸.

Figura 2. Evolución de las episiotomías en partos vaginales según centro de atención en la Comunidad Valenciana, 1998-2012



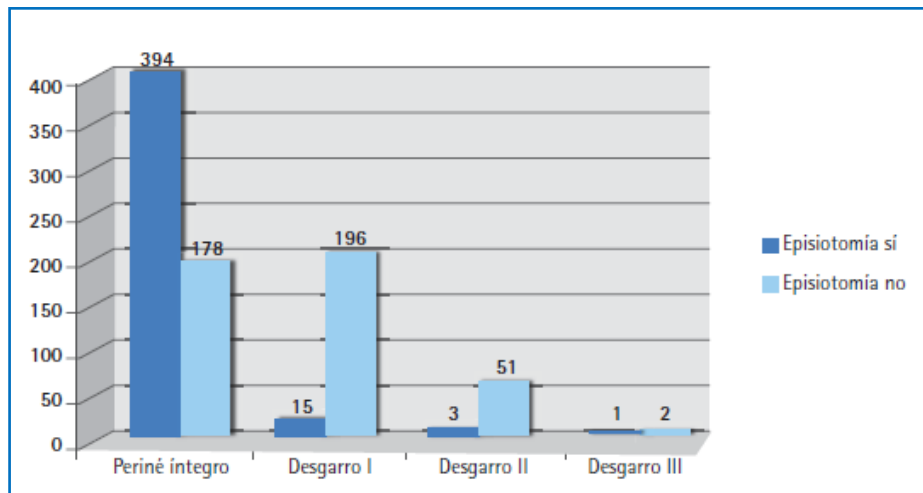
Fuente. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud Infantil y Perinatal. 2012; Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones2.jsp?menuRaizPortal=SANMS&Opcion=SANMS119&CodPunto=2247&MenuSup=SANMS&Nivel=2&ComputeAccWeb=true&perfil=inst> Acceso el 08/02/2018

Además, las variaciones fueron especialmente significativas no solo entre sanidad pública o privada, sino también entre diferentes comunidades, destacando en 2009 Murcia con un 34% frente a un 66% de Galicia, y entre hospitales dentro de una misma comunidad autónoma.¹⁸

Se realizó un estudio en el Consorcio Hospital General de Valencia durante el año 2013 que generó datos tales como que de los 1502 partos que se estudiaron, solo 1110 fueron vaginales, de los cuales 413 precisaron una episiotomía; además subrayaron la relación

existente entre ser primípara/múltiparas y la probabilidad de tener una episiotomía siendo de 292 episiotomías frente a 76 y 351 episiotomías frente a 121, respectivamente.²⁰ Parrilla Fernández et al. en su estudio sobre la relación existente entre las variables del recién nacido y el tipo de parto en gestantes primíparas obtuvieron unos resultados de episiotomía en torno al 87% frente a un casi 20% de desgarros.²¹

Figura 3. Relación entre presencia de desgarro y episiotomía



Fuente. Rodríguez F, Juliá A, Celda MA, Muñoz A, Martínez A. Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año 2013). *Matronas hoy*. 2015;3(1):15-21

De la misma manera se ha intentado establecer una relación entre determinados factores en el parto y la realización de la episiotomía en partos eutócicos y así poder evitar la realización de episiotomías indiscriminadamente. Camacho-Morell et al obtuvieron una relación clara entre la episiotomía y que la mujer sea primípara, la analgesia epidural, la posición de litotomía restringiendo el uso de otras posturas alternativas, y la inducción al parto.²²

En la actualidad existen diversos documentos, añadidos a la guía práctica de la OMS sobre *Cuidados al parto normal*, que analizan y describen recomendaciones para el parto normal como son La carta de Madrid por la *Mejora de la atención al parto de bajo riesgo*²³ de 2005, *Iniciativa al parto normal*²⁴ y *Guía para padres y madres*²⁵ descritos

por la FAME en 2007, la publicación de la SEGO en 2008 de *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*²⁶, *Preparación a la maternidad y paternidad*²⁷ elaborada por el Servicio Canario de salud, y finalmente la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*²⁸ del Ministerio de Sanidad en el año 2010.

De forma general, se puede afirmar que los documentos y guías anteriormente mencionados difieren respecto a las técnicas más adecuadas para proteger el periné durante la fase de expulsivo, aunque todas están de acuerdo en un control estricto de la episiotomía para abandonar su realización rutinaria. Pese a ello, en caso de ser necesaria dicha técnica, no existe tampoco un consenso claro en relación ni a los factores determinantes de la realización de la misma, ni al tipo de técnica a utilizar. Estas diferencias en las recomendaciones establecidas para una atención al parto normal deben ser revisadas y así alcanzar un consenso llegando a una mejora de la calidad asistencial.^{24,28,29}

En los últimos tiempos se han alzado voces, tanto de profesionales como de usuarias, además de diversas asociaciones y organismos nacionales e internacionales de salud, que han abogado por un cuidado del suelo pélvico durante el embarazo y el parto, como El parto es nuestro, la FAME, el grupo de matronas de Úbeda y los ya nombrados Ministerio de Sanidad español u OMS.^{30,31,32,33}

Como ya se ha visto, una de las técnicas más recomendadas es el masaje perineal durante la gestación y por esta razón y por todo lo anteriormente expuesto, se propone una revisión narrativa con el objetivo de analizar las ventajas e inconvenientes del masaje perineal prenatal, así como su eficacia en la prevención de las episiotomías o desgarros perineales.

Por esta razón y por todo lo anteriormente expuesto, se propone una revisión narrativa con el objetivo de analizar las ventajas e inconvenientes del masaje perineal prenatal, así como concluir si es eficaz en la prevención de las episiotomías o desgarros perineales.

4. METODOLOGÍA

Para realizar la revisión narrativa propuesta se desarrollaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Cinahl, Cuiden, Cochrane, Pubmed, Scopus y Web of Science, además del repositorio de la Universidad de La Rioja (Dialnet). Para realizar las búsquedas se ha usado los tesauros de las bases de datos, como el MeSH, o el lenguaje libre en aquellas bases que carecen de uno propio o en las que no se obtenían resultados satisfactorios.

En todas las búsquedas realizadas en las bases de datos se establecieron unos límites básicos tales como la fecha, del 2013 al 2018, el idioma español/inglés y texto libre.

Se usaron términos tanto en inglés como en español, según la base de datos, junto con los booleanos “AND” y “OR” para conformar la estrategia de búsqueda descrita a continuación:

(“perineal massage” OR “perineum massage” OR “massage in pregnancy”) AND (“perineal trauma” OR “perineal tear” OR “perineal laceration” OR “perineal care” OR “perineal injury” OR “perineum” OR “episiotomy”)

Esta estrategia de búsqueda fue usada en todas las bases de datos anteriormente mencionadas a excepción de Cuiden, en la cual se usó como base para crear una nueva con términos en español, resultando:

(“masaje perineal” OR “masaje embarazo”) AND (“trauma perineal” OR “laceración perineal” OR “cuidado perineal” OR “perineo” OR “episiotomía”)

En Dialnet, la búsqueda se efectuó únicamente introduciendo el término “*masaje perineal*” en el buscador del repositorio.

Por último, en la base de datos de Pubmed se usó el tesauro específico MeSH, generando la siguiente estrategia de búsqueda:

"Episiotomy"[Mesh] AND "Massage"[Mesh] AND "Pregnancy"[Mesh], aunque también se utilizó la búsqueda con lenguaje libre.

Finalmente, se realizó una búsqueda paralela sobre las posibles repercusiones del masaje perineal en el bienestar de la mujer, tanto físico como mental, mediante la siguiente estrategia de búsqueda:

“perineal massage” AND “well-being” y “masaje perineal” AND “bienestar”

En la selección de documentos se aplicaron, igualmente, unos criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Artículos que traten sobre partos eutócicos e instrumentales vaginales.
- Artículos que incluyan tanto a mujeres nulíparas como múltiparas.
- Artículos con texto libre.
- Artículos que contemplen el masaje perineal solo durante el embarazo.
- Artículos que incluyan el masaje perineal como un método preventivo de la episiotomía y/o trauma perineal.

Criterios de exclusión

- Literatura gris.
- Artículos que incluyan partos por cesáreas.
- Artículos que contemplen el masaje perineal durante el parto.
- Artículos que exploren otros métodos para prevenir episiotomías, diferentes al masaje perineal.

En la siguiente tabla se describe el proceso de búsqueda y selección de los artículos para la realización del trabajo, así como los resultados finales según las bases de datos utilizadas.

Tabla 3. Búsquedas y artículos seleccionados en las diferentes bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Cinahl	(“perineal massage” OR “perineum massage” OR “massage in pregnancy”) AND (“perineal trauma” OR “perineal tear” OR “perineal laceration” OR “perineal care” OR		17	5

	<p><i>“perineal injury”</i> OR <i>“perineum”</i> OR <i>“episiotomy”</i>)</p>	2013-2018, inglés/español, texto libre		
	<p><i>“perineal massage”</i> AND <i>“well-being”</i></p>		0	0
Cochrane	<p>(<i>“perineal massage”</i> OR <i>“perineum massage”</i> OR <i>“massage in pregnancy”</i>) AND (<i>“perineal trauma”</i> OR <i>“perineal tear”</i> OR <i>“perineal laceration”</i> OR <i>“perineal care”</i> OR <i>“perineal injury”</i> OR <i>“perineum”</i> OR <i>“episiotomy”</i>)</p>	2013-2018, inglés/español, texto libre	13 (1 repetido)	2
	<p><i>“perineal massage”</i> AND <i>“well-being”</i></p>		1	0
Cuiden	<p>(<i>“masaje perineal”</i> OR <i>“masaje embarazo”</i>) AND (<i>“trauma perineal”</i> OR <i>“laceración perineal”</i> OR <i>“cuidado perineal”</i> OR <i>“perineo”</i> OR <i>“episiotomía”</i>)</p>	2013-2018, inglés/español, texto libre	17	6
	<p><i>“masaje perineal”</i> AND <i>“bienestar”</i></p>		1 (repetido)	0
Pubmed	<p>(<i>“perineal massage”</i> OR <i>“perineum massage”</i> OR <i>“massage in pregnancy”</i>) AND (<i>“perineal trauma”</i> OR <i>“perineal tear”</i> OR <i>“perineal laceration”</i> OR <i>“perineal care”</i> OR <i>“perineal injury”</i> OR <i>“perineum”</i> OR <i>“episiotomy”</i>)</p>	2013-2018, humanos, inglés/español, texto libre,	24 (2 repetidos)	2
	<p><i>“Episiotomy”</i>[Mesh] AND <i>“Massage”</i>[Mesh] AND <i>“Pregnancy”</i>[Mesh]</p>		4 (todos repetidos)	0
	<p><i>“perineal massage”</i> AND <i>“well-being”</i></p>		11 (8 repetidos)	0
	<p>(<i>“perineal massage”</i> OR <i>“perineum massage”</i> OR <i>“massage in pregnancy”</i>) AND (<i>“perineal trauma”</i> OR <i>“perineal tear”</i> OR <i>“perineal laceration”</i> OR</p>			

Scopus	“perineal care” OR “perineal injury” OR “perineum” OR “episiotomy”)	2013-2018, inglés/español, texto libre	28 (3 repetidos)	1
	“perineal massage” AND “well-being”		1	0
Web of Science	(“perineal massage” OR “perineum massage” OR “massage in pregnancy”) AND (“perineal trauma” OR “perineal tear” OR “perineal laceration” OR “perineal care” OR “perineal injury” OR “perineum” OR “episiotomy”)	2013-2018, inglés/español, texto libre	21 (7 repetidos)	1
	“perineal massage” AND “well-being”		1	0
Dialnet	“Masaje perineal”	inglés/español, texto libre	7 (4 repetidos)	3
	“masaje perineal” AND “bienestar”		0	0

Fuente. Elaboración propia

Hay que aclarar que, en el repositorio de la Universidad de La Rioja, Dialnet, se encontraron 7 artículos, de los cuales 4 se encontraban repetidos en otras bases de datos, y los 3 restantes no se encontraban dentro del límite de años establecido. Sin embargo, se han incluido también en esta revisión dada la importancia y relevancia que les otorgan otros autores y autoras, según el número de citas recibidas.

Inicialmente, al realizar las búsquedas se obtuvieron 128 artículos. A continuación, se llevó a cabo una segunda selección a través de los criterios de inclusión y exclusión y mediante una lectura del título y resumen. Finalizando el proceso de selección, se obtuvieron 20 artículos, de los que se hizo una lectura en profundidad, y que serán usados en la revisión narrativa que ocupa este trabajo.

Finalmente, se han establecido 4 unidades de análisis que se usarán para esquematizar los resultados y que serán expuestas en el siguiente apartado de la revisión.

5. RESULTADOS

Como ya se ha señalado, el número final de documentos fue un total de 20 artículos, de los cuales se encuentran 9 escritos en inglés y 11 en español. Respecto a su tipología, se pueden distinguir 2 revisiones sistemáticas, 9 revisiones bibliográficas, 4 ensayos, 2 investigaciones cualitativas, 2 proyectos de investigación y 1 artículo de opinión.

Las principales características de estos artículos se describen más detalladamente en la Tabla 5 del Anexo 1.

Las cuatro Unidades de Análisis construidas han sido las siguientes:

- Efectividad del masaje perineal en la prevención del trauma perineal y la episiotomía
- Masaje perineal y morbilidad postparto
- Técnica del masaje perineal
- Educación y aceptación del masaje perineal por parte de la usuaria

Efectividad del masaje perineal en la prevención del trauma perineal y la episiotomía

Se han descrito diversos factores que influyen en lo que se denomina *eficacia en el parto*. Entre ellos se encuentran el ejercicio físico, el conocimiento del proceso de embarazo/parto, el masaje perineal, etc.^{39,46} Todos ellos en conjunto permiten a las mujeres estar mejor informadas, y más motivadas a la hora de controlar su gestación y enfrentarse al parto.

La *fisioterapia perineal* (FP), también conocida como terapia física del suelo pélvico, se conoce desde los años cincuenta del siglo pasado cuando un ginecólogo americano, Kegel, estableció los primeros ejercicios para restablecer toda la fuerza de los músculos del perineo. Estos ejercicios son de gran utilidad en la prevención de los desgarros perineales, así como en una menor proporción de realización de episiotomías, siempre que se realicen a partir del cuarto o séptimo mes de gestación. La FP puede ser

considerada una estrategia de prevención primaria, incluyéndose dentro de la prevención secundaria aquellas medidas llevadas a cabo para cambiar las prácticas en la Obstetricia que aumentan las probabilidades de padecer alguna lesión en el perineo, por ejemplo, realizar el masaje perineal prenatal, la restricción de episiotomías, etc.⁴⁷

El masaje perineal se ha asociado de manera significativa con una reducción del trauma perineal durante el parto, tanto en términos de desgarros perineales como episiotomías, si se realiza a partir de la semana 34-35 de gestación,^{34,35,42,46} o de la 32 con una frecuencia de 2 veces por semana tal y como afirma Gramage.⁴⁴ Duarte, García y Mejías constataron en una revisión bibliográfica que el masaje perineal es útil en la reducción de la probabilidad de padecer traumatismo perineal, así como diversas molestias o dolor durante la fase expulsiva del parto,^{35,51} afirmaciones que fueron confirmadas por Fernández et al⁴⁹ y Hastings⁵². Además, esta técnica da como resultado una menor cantidad de desgarros que precisan sutura y episiotomías,^{35,44} reducción que Beckmann y Stock³⁴ establecieron en un 9% y Nieto et al⁴⁸ en un 10%. Esta disminución fue especialmente notable en nulíparas o mujeres sin partos vaginales previos,^{34,37,42,44} y también en mujeres con desgarros anteriores según un estudio llevado a cabo por Smith et al³⁸.

También se describió que aquellas mujeres con factores protectores frente a los desgarros perineales que requieren sutura y las episiotomías, habiendo realizado el masaje perineal en las últimas semanas de gestación, son mujeres multíparas con una edad superior a los 30 años y episiotomías anteriores,^{36,47,49} aunque Gramage et al⁴⁴ afirmaron que podría ser una técnica beneficiosa para mujeres a partir de los 29 años, aunque no en mujeres jóvenes o con partos anteriores por vía vaginal tal y como afirmaron Nieto et al⁴⁸. A lo que se añade, según Fernández et al⁴⁹, una reducción casi en su totalidad de partos instrumentalizados.

En proporción, de cada 15 mujeres gestantes que practicaron el masaje perineal, al menos una de ellas no sufrirá episiotomías ni desgarros que requieran sutura durante el parto.^{34,36} En un estudio de Gramage et al⁴⁴, en el que llevaron a cabo una revisión sistemática, se constató que las mujeres que se habían sometido al masaje perineal prenatal junto con un deseo de parto en su domicilio estaban relacionadas con una mayor protección del periné, ya fuesen primíparas o multíparas, incluyendo a todas las gestantes con episiotomías en partos anteriores.

Berzaín y Camacho⁵³ afirmaron que lo verdaderamente importante en la prevención de la realización de episiotomías es la práctica del masaje perineal, permitiendo una mayor laxitud de los tejidos y amplitud del canal del parto, convirtiéndose en una prevención necesaria durante la gestación.

Sin embargo, Fernández et al⁴⁹ en su revisión sistemática encontraron diversos estudios que negaban todos los resultados anteriormente expuestos, destacando que no se puede considerar que el masaje perineal tenga beneficios significativos en la prevención de episiotomías, trauma perineal o un periné íntegro durante el parto, aunque los diversos trabajos presentaban diferencias estadísticas entre los grupos muestrales. A pesar de esas contradicciones, los autores concluyeron en la veracidad de su efecto beneficioso en la prevención del trauma perineal, porque, aunque no reduce de manera total los desgarros en vagina y vulva, sí disminuyen los traumatismos que requieren sutura. Sin embargo, estudios con rigor estadístico mayor muestran la ausencia de beneficios tanto en primíparas como multíparas, en relación con la prevención de trauma perineal y mejora del dolor postparto, así como otros factores de morbilidad en el puerperio.⁴⁹

Gómez et al⁴² afirmaron que es fundamental mantener una constancia en el masaje perineal para así aumentar la elasticidad del perineo, y disminuir el número de episiotomías y desgarros perineales durante el parto:

“Su realización de forma adecuada y de manera rutinaria, aumenta la flexibilidad de los músculos del suelo pélvico, realizando esta técnica al final del embarazo consiguen una mayor distensión durante el alumbramiento y, por tanto, favorecen la ausencia de desgarros o la necesidad de episiotomías”⁴²

En relación con la frecuencia de realización del masaje perineal, Beckmann y Stock³⁴ concluyeron que la frecuencia es directamente proporcional a una menor probabilidad de prevención de trauma perineal suturable, es decir, cuantas más veces llevaban a cabo las gestantes el masaje perineal menor probabilidad tenían de disminuir posibles desgarros que requirieran sutura y episiotomías,^{44,51,52} como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Relación entre la frecuencia de la realización del masaje perineal y el porcentaje de prevención de trauma perineal que requiere sutura

<i>Frecuencia</i>	1.5 veces a la semana	1.5-3.4 veces a la semana	3.4 o más veces a la semana
<i>% de prevención de trauma perineal que requiere sutura</i>	16%	8%	No reducción estadísticamente significativa

Fuente. Elaboración propia basada en Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;4(1):1-57 y Gramage-Córdoba LI, Asins-Cubells AP, Llopis-Coloma C. Efecto del masaje perineal en el traumatismo perineal y la morbilidad postparto. Enfermería Integral. 2016;111(1):35-40

Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre la proporción de gestantes que sufrieron D I-II y D III-IV en una comparación entre el grupo intervención (masaje perineal) y el grupo control en la revisión de Beckmann y Stock³⁴. Además, solamente aquel grupo de mujeres que realizaron el masaje perineal 1.5 veces a la semana obtuvieron una menor cifra significativa de episiotomías, con una reducción del 15% de las mismas, siendo un efecto más común en mujeres nulíparas,⁴⁴ lo que fue corroborado por Nieto et al⁴⁸.

León et al³⁷ en un ensayo controlado describieron una mayor probabilidad de mantener el periné intacto si las mujeres realizaban un masaje diario, aunque la correlación no se mostraba cierta para episiotomías o desgarros perineales leves que no requirieran sutura, ya que las gestantes del grupo intervención (masaje perineal) experimentaron una mayor cantidad de D II con una reducción clara del número de episiotomías, un 50.25% frente a un 81.80% del grupo control. Otros autores, como Gramage et al⁴⁴ y Beckmann y Stock³⁴, presentaron una reducción del 16% en la realización de episiotomías para aquellas mujeres que practicaron el masaje perineal 1.5 veces a la semana, mientras que aquellas que lo llevaron a cabo más frecuentemente no tuvieron ningún efecto. Por ello, concluyeron que la reducción del trauma perineal suturable tras el trabajo de parto tiene su causa en la disminución tan drástica de la realización de episiotomías.

Consecuentemente, en diferentes autores han aumentado las preocupaciones por si debido al masaje perineal el perineo podría encontrarse más débil, con una mayor extensión de la entrada vaginal, y un menor tono del suelo pélvico, conduciendo a una probabilidad mucho mayor de padecer una incontinencia. Sin embargo, diversos estudios demuestran que con el estiramiento de los músculos del suelo pélvico y de su piel se aumenta la elasticidad y no la longitud de esos músculos. Por lo tanto, la hipótesis de una mayor incontinencia derivada del masaje perineal ha quedado indudablemente descartada ya que esta técnica lleva a un aumento de la elasticidad muscular y disminuye la resistencia del suelo pélvico en el momento de mayor distensión durante el parto, según Gramage et al⁴⁴ y Ferreira et al⁴⁶.

Además, León et al³⁷ encontraron resultados de 44.31% de DI en el grupo intervención y de 10.27% en el grupo control, con una menor proporción de D III-IV en el grupo de intervención que en el grupo de control ya que el trauma perineal grave se cuantificó en un 5.7% para el grupo intervención mientras que hubo un 15.62% en el grupo control.⁴⁸ Gamage et al⁴⁴ observaron una reducción del 6.1% en D II-III o episiotomías en el grupo intervención comparado con el grupo control. Los desgarros anteriores, laterales externos y posteriores fueron mayores en el grupo intervención, encontrando únicamente diferencias aceptables en el caso de los desgarros anteriores, según hallazgos encontrados por Nieto et al⁴⁸. Igualmente, describieron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el tipo de sutura utilizada ni en la duración de la realización de la misma entre ambos grupos.⁴⁸

Igualmente, sorprenden las cifras que encontraron de periné intacto tras el parto ya que frente a un 17.61% en el grupo intervención, únicamente describieron 0.06% en el grupo control.³⁷ Gramage et al⁴⁴, en la misma línea de investigación obtuvieron datos que describieron que indicaban la existencia de una mayor proporción de púérperas con un periné intacto, incluyendo a nulíparas.

Uno de los mayores motivos para llevar a cabo el estudio de Takeuchi et al⁴⁰ fue que el porcentaje de la población que usa smartphones e Internet ha crecido del 31.4% al 56.8% en los últimos años. Estos autores, en su estudio para evaluar la factibilidad de una aplicación en el móvil como apoyo del masaje perineal en Japón, obtuvieron mejores resultados que los anteriormente mencionados. En su estudio controlado aleatorio llevaron a cabo una división de la muestra de estudio en dos grupos: uno obtuvo toda la

información referente al masaje perineal, sus beneficios y la técnica, a través de una aplicación/web que se les proporcionó; el otro grupo obtuvo esa misma información de manera escrita mediante trípticos y folletos. Posteriormente, desarrollaron una comparación entre los datos sobre trauma perineal de ambos grupos, resaltando una diferencia casi inexistente entre los resultados de ambos grupos, en términos de DII (24.4% grupo aplicación y 20.9% en grupo folleto) y episiotomía con un 58.5% y 53.5% respectivamente. En términos de periné intacto hubo un aumento del 5.2% en el grupo aplicación y también una disminución del 13.6% en DI en ese mismo grupo.³⁹

Masaje perineal y morbilidad postparto

El dolor es uno de los principales factores que el masaje perineal puede prevenir, o, al menos reducir, disminuyendo la morbilidad de las mujeres en el periodo del postparto.^{34,35,37,42,51,52}

Un estudio realizado con 931 mujeres en Canadá encontró una mayoría afirmativa de presencia de dolor perineal en los 3 meses posteriores al parto. Beckmann y Stock³⁴ concluyeron que aquellas mujeres multíparas tienen menos probabilidad de tener dolor en los 3 meses postparto, e incluso, tal y como expusieron Nieto y Ráez⁴⁸, una disminución efectiva del dolor en los 3 días posteriores al parto. Sin embargo, en contraposición con el punto anterior y la relación entre la frecuencia y la probabilidad de padecer trauma perineal suturable, en lo referente al dolor es notable que cuanto mayor es la frecuencia de realización del masaje perineal, menor es el dolor que sufrirán las mujeres en los 3 meses siguientes al parto. Estos autores identificaron la menor probabilidad de padecer una episiotomía como la causa real de un menor dolor en el postparto, y no tanto el masaje perineal. Aunque afirman, igualmente, que cuando se aísla a aquellas mujeres que no padecen episiotomías, se mantiene un menor dolor en los grupos de mujeres que realizaron masaje perineal.^{34,50}

En ello coinciden Gramage et al⁴⁴, ya que en su estudio se produjo una reducción del 32% del dolor postparto en las mujeres que realizaron el masaje perineal prenatal, aunque las multíparas con partos vaginales anteriores tuvieron una menor probabilidad de sufrir significativamente ese dolor en el puerperio, incluyendo los 3 meses siguientes del parto.

Coincidieron en afirmar que en mujeres multíparas esa menor proporción de dolor se podía deber, tal y como se mencionó anteriormente, a una menor cantidad de episiotomías o traumas suturables, que de forma natural generan mucho dolor a las púerperas.

En un ensayo controlado con dos grupos de mujeres, uno de ellos realizando el masaje perineal en las últimas semanas de gestación y el otro sin ningún tipo de prevención perineal, se constató que la analgesia epidural administrada fue más frecuente en el grupo control. Además, en el grupo de mujeres que llevaron a cabo el masaje perineal tuvieron ausencia o dolor leve en un 36.25% en el postparto, mientras que un 24.35% presentaron un dolor más severo. Igualmente, este grupo anterior precisó una menor cantidad de analgesia en el postparto inmediato, mientras que el grupo control tuvo mayores molestias en las 48 horas posteriores al parto, y, por lo tanto, necesitó mayor frecuencia de analgesia. El 40% de las mujeres del grupo control reportaron dolor moderado/severo en las dos semanas posteriores al parto.³⁷

Aunque Fernández et al⁴⁹ encontraron diversos estudios, con el adecuado rigor estadístico que niegan en su totalidad los beneficios del masaje perineal, concluyeron, sin embargo, en que parece que reduce significativamente el dolor en el puerperio, por lo que las mujeres deben ser informadas de los beneficios del masaje perineal prenatal.

En relación con otros factores de la morbilidad postparto, algunos autores no encontraron diferencias significativas en la satisfacción sexual de las mujeres, la incontinencia urinaria, las flatulencias o la incontinencia fecal,^{34,37,44} tal y como confirmaron Fernández et al⁴⁹, realizando una distinción entre multíparas y nulíparas que no obtuvo diferencias en resultados. Únicamente se puede destacar un segundo periodo del parto más breve en aquellas gestantes que realizaron el masaje perineal, en autores como Beckmann y Stock³⁴, y León et al³⁷, aunque Gramage et al⁴⁴ difirieron en este aspecto, destacando una igualdad en la duración de la segunda etapa del parto.

Sin embargo, Villén⁴⁷ afirmó que las mujeres que habían realizado el masaje perineal, y más concretamente, aquellas en las que el masaje había sido realizado por sus parejas, habían tenido partos más cortos en duración comparado con el grupo control.

León et al³⁷ constataron en su estudio que las mujeres pertenecientes al grupo de control presentaron menos partos en diferentes posiciones a la litotomía, la posición lateral o

semisentada. Además, afirmaron que un tiempo menor de 60 minutos realizando pujos fue más frecuente en aquellas mujeres que habían practicado el masaje perineal.

En un estudio realizado por Smith et al³⁸ donde se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a matronas de Irlanda y Nueva Zelanda debido a sus bajas tasas de episiotomías, obtuvieron como conclusión que las posiciones en las que lleva a cabo el expulsivo también tienen un papel esencial en la prevención del trauma perineal, siendo las más desaconsejables la posición de decúbito supino. Estas matronas mantienen una relación muy estrecha entre el masaje perineal y las posturas en el parto, como métodos de prevención del trauma perineal, afirmando que motivan a las mujeres para tener posturas más variadas durante los diferentes periodos del parto, concluyendo las profesionales que la postura *all-four* es la más indicada para reducir la presión ejercida en la zona perineal, además de ofrecer una mejor visualización en la atención al parto.

Técnica del masaje perineal

El masaje perineal, y en concreto la técnica para realizarlo, no posee prácticamente diferencias entre los autores utilizados para la realización de esta revisión ya que todos ellos la describen de manera muy similar difiriendo mínimamente en algunos aspectos.

Según Gómez et al⁴²: “No hay una unificación de criterios en cuanto a la frecuencia, tiempo de duración del masaje, tipo de aceite, crema o lubricante y descripción de la técnica”.

Tal y como describieron Gramage et al⁴⁴, esta técnica se realiza sobre el plano muscular del perineo posterior que se encuentra formado por el plano profundo y el esfínter anal con el núcleo fibrosos del centro del periné.

En primer lugar, el momento idóneo para comenzar con esta prevención es uno de los puntos que presenta opiniones diversas según los autores. Algunos consideraron que debe realizarse en las 4-6 últimas semanas de gestación con una frecuencia de 1-2 veces a la semana,^{36,42} mientras otros autores, como Smith³⁸, fijaron la fecha de inicio a las 36 semanas de gestación, Fernández et al⁴⁹ consideraron que debe realizarse a partir de la semana 34-35 y diariamente, y León et al³⁷ difirieron, considerando el momento óptimo

las 32 semanas de gestación, porque afirmaron que 8 semanas es el tiempo máximo que se puede realizar cualquier ejercicio de los músculos perineales sin riesgo de hipertrofia.

Específicamente, la técnica es un punto que diversos autores definen prácticamente de la misma forma, pudiéndose destacar las siguientes fases como preparación previa a la práctica del masaje perineal^{35,36,44}:

- Como punto clave es necesario familiarizarse con el periné.
- Lavar las manos correctamente, tener las uñas cortas, y vaciar la vejiga antes del masaje.
- Realizar el masaje después de darse una ducha, si es posible, ya que el calor favorece la elasticidad de los tejidos, colocándose en una posición cómoda y relajada.
- El auto-masaje se realizará con el dedo pulgar, mientras que si lo realiza la pareja de la mujer se podrá practicar con los dedos índice y/o corazón, lubricando siempre con algún aceite.

Como precauciones al realizar el masaje debe tenerse en cuenta que no es favorable presionar la zona de la uretra para evitar infecciones urinarias, parar la técnica si se tiene dolor, y no realizar el masaje perineal si se presentan varices vulvares, infecciones en la vagina u orina, así como otras complicaciones del embarazo.

Como es evidente, no se recomienda en una cesárea programada debido a una ausencia de distensión de los músculos del periné.⁴⁴

Villén⁴⁷ expuso que el masaje combina varios movimientos de los dedos como son el estiramiento, los movimientos circulares y la técnica de la pinza. La técnica del masaje perineal según los autores anteriores consiste en^{35,36,44}:

1. Con los dedos en el interior de la vagina a unos 3-4cm, se ejercerá presión hacia abajo y los lados de la misma, generando un movimiento similar al balanceo y estirando la piel del periné hasta que se experimente escozor o quemazón. Entonces, se deslizará el dedo hacia el exterior y nuevamente se repetirá el proceso durante unos 2 minutos.

2. Se situarán los dedos a la entrada de la vagina y se presionará en la zona inferior durante 2 minutos mínimo o hasta que surjan molestias. Este ejercicio será útil para entrenar al periné sobre cómo será presión que ejercerá la cabeza del bebé a su salida.
3. Con el pulgar y los dedos opuestos se sujetará la zona inferior de la entrada de la vagina generando una pinza junto con el periné, y se comenzará con un movimiento de vaivén estirando dicho tejido durante 2-3 minutos.
4. El ejercicio final consiste en estirar la piel inferior y lateral de la vagina/periné desde el interior hacia el exterior durante 2 minutos.

En referencia al tipo de lubricante o aceite a utilizar durante el masaje perineal, sigue existiendo una gran variedad de criterios, no unificados en las últimas evidencias disponibles, en las que únicamente se recomienda el uso de algún lubricante de manera genérica.⁴¹ Se recomienda usar “aceites vegetales o de semillas como es el aceite de almendras dulces, el aceite de oliva o el aceite de rosa de mosqueta, siendo este último el más usado y recomendado”⁴³. El aceite de oliva se encuentra entre los principales candidatos a la mejor opción de lubricante, debido a su alto contenido en vitamina E y ácido linoleico, aportando a la piel suavidad y una mayor elasticidad, unido a una gran cantidad de propiedades antioxidantes.⁴³

Sin embargo, otros autores como Azón et al⁴¹ se inclinaron más por las propiedades del aceite de rosa de mosqueta. Si bien es cierto que se ha extendido su uso en los últimos años, debido a sus propiedades en el papel de la regeneración cutánea y su poder antienvjecimiento, actualmente, diversos profesionales de la salud, entre ellos matronas, recomiendan encarecidamente su uso no solo para prevenir estrías gravídicas a consecuencia de la gestación o como tratamiento para minimizar la cicatriz posterior a una cesárea o episiotomía, sino como acompañamiento al masaje perineal prenatal con el fin de prevenir el trauma perineal. Este cambio de pensamiento se debe a las propiedades del aceite, que posee un pH de 5.1, lo cual le hace completamente afín a la piel, con una rápida absorción y extendiendo su actuación hasta las capas más profundas del tejido “activando los fibroblastos que sintetizan colágeno y elastina”⁴¹, y, por lo tanto, aumentando la elasticidad de la piel.

Educación y aceptación del masaje perineal por parte de la usuaria

Las gestantes que recibieron información sobre el masaje perineal y lo llevaron a cabo, se encontraban más motivadas para mantener intacto su periné y, por ello, realizaron pujos durante mayor tiempo y más intensamente, según Beckmann y Stock³⁴. Además, estos autores destacaron que este grupo de mujeres se encontraban más alejadas de la posibilidad de padecer una episiotomía, excepto en caso totalmente necesario por peligro para la madre o el bebé. Un hecho que también definieron fue la desinformación de las mujeres de los grupos de control, y su menor motivación durante el parto, estando más receptivas a la realización de una episiotomía.

Por esa misma razón, se debe tener en cuenta el empoderamiento de la embarazada, así como su motivación a través de las instrucciones. Gramage et al⁴⁴ afirmaron que las mujeres que recibieron instrucciones sobre el masaje perineal se encontraban muy motivadas para conseguir un parto vaginal, así como para negarse a padecer una episiotomía, salvo en casos estrictamente necesarios. La opinión de las mujeres es que el masaje les ayuda a prepararse para el parto y a tomar conciencia real de esa etapa vital, encontrando que dicha técnica mejora la satisfacción del parto por parte de las mujeres según Fernández et al⁴⁹.

León et al³⁷ resaltaron que los motivos que las mujeres expusieron para abandonar su práctica fueron falta de tiempo, problemas en el ámbito de la salud, poca motivación y la existencia de incomodidad/molestias con el masaje perineal.

Igualmente, se ha estudiado el seguimiento del masaje perineal que han llevado a cabo las mujeres, resultando datos del 2.9%-5.4% entre gestantes que no recibieron ningún tipo de información sobre el masaje perineal y un 12.9%-15.9% entre embarazadas que recibieron información mínima o escasa a través de revistas hospitalarias o prenatales. Sin embargo, si se les proporciona información abundante y útil, atractiva y de fácil acceso, las cifras aumentan hasta algo más de la mitad de las mujeres tal y como expusieron Takeuchi et al³⁹.

Diversos autores, entre los que destaca Duarte et al³⁵, resaltan la aceptabilidad que el masaje perineal tiene entre las mujeres que lo practicaron, concluyendo que les fue de

mucha utilidad en su preparación para el parto. La mayoría de las gestantes expresan molestias, incomodidad, quemazón o dolor en las primeras semanas de realización de la técnica, aunque desaparecían a las 2-3 semanas del comienzo. Pese a ello casi un 80% de este grupo volvería a realizar el masaje perineal, y un 87% lo recomendaría a otras gestantes para la preparación al parto.^{34,36,42,47}

Gramage et al⁴⁴, y Nieto y Ráez⁴⁸, obtuvieron cifras similares, con un 90% de las mujeres que lo volvería a realizar en gestaciones posteriores. Según Gómez et al⁴², las embarazadas se encuentran dispuestas a realizar la técnica, siendo además un procedimiento de bajo coste y sencillo.

Datos similares fueron obtenidos por Takeuchi et al³⁹ en su estudio, donde obtuvieron que la mayoría de las gestantes que participaron en el estudio (68.1% del grupo con la aplicación y el 72.3% del grupo al que le fue entregado la información escrita) volverían a realizar dicha técnica en embarazos posteriores. Incluso, la mitad de las participantes en el estudio (56.8% del grupo con la aplicación y el 53.2% del grupo con trípticos y folletos) recomendarían realizar el masaje perineal a otras embarazadas.

En la misma línea, Ismail y Emery⁵⁰ realizaron un estudio para evaluar la aceptabilidad del masaje perineal entre las mujeres, así como la conciencia que tenían de sus beneficios. Obtuvieron datos destacables, tales como que el 60% de las mujeres lo consideraban aceptable pero solo un 37.2% conocían sus beneficios claros, quedando un reducido 4.4% de mujeres que pudieron describir la técnica de forma correcta. Del 37.2% de mujeres que conocían los beneficios de la técnica solo un 10% de ellas sabían que se realizaba a partir de la semana 34, otro 10% conocían que debía durar unos 5-10 minutos aproximadamente y un tercio de dicho grupo tenía claro que era necesario llevarlo a cabo diariamente. Los autores concluyeron que, tristemente, estos datos reflejan la falta de información y educación que poseen las pacientes, lo que desemboca en la necesidad de realizar una buena explicación en la educación maternal, de manera oral y escrita, para aumentar la conciencia de las gestantes, siendo preciso una gran cantidad de motivación y adherencia siendo las matronas un pilar fundamental. Llegando más lejos aún, consideran que todo lo relacionado con el masaje perineal debería encontrarse incluido en la prevención a la salud que se da en las escuelas.^{50,51}

De forma casi unánime en diversos estudios, las mujeres consideraron la participación de sus parejas en la realización de la técnica como positiva, e incluso más cómodo para ellas.^{34,35,36}

Takeuchi et al⁴⁰ evaluaron la aceptación de su aplicación móvil entre las mujeres embarazadas. Dicha aplicación proporcionaba información sobre el masaje perineal y la técnica, así como los beneficios, acompañada de imágenes y videos exclusivos. Igualmente, presenta un foro donde las mujeres pueden compartir sus experiencias junto con recordatorios semanales para motivarlas a seguir con la realización del masaje frecuentemente. Las participantes del estudio afirmaron, en un 80% aproximadamente, que la aplicación era fácil de entender, útil y con contenidos claros y apropiados. Algunas participantes afirmaron que pudieron llevar a cabo el masaje perineal debido a las explicaciones proporcionadas por la aplicación, siendo mucho más fácil a través de un video que solo a través de texto.

Fernández et al⁴⁹ concluyeron que es preciso que las mujeres sean: “advertidas de forma sistemática por parte de los especialistas de los riesgos que corren de sufrir daños perineales durante el parto, y por tanto ser informadas y concienciadas de los potenciales beneficios que podría reportarles la realización del masaje perineal durante el embarazo”⁴⁹ lo cual fue apoyado por otro autor como Hastings⁵² que además consideró la necesidad de más estudios respecto a esta práctica.

Según Ferreira y Fernández⁴⁶, a partir de la semana 28-30 es muy posible, por parte de la matrona, comenzar con una prevención y educación sanitaria en este ámbito, debido a la asociación que posee con la prevención del traumatismo perineal, especialmente episiotomías, y una reducción de la morbilidad postparto.

5. DISCUSIÓN

Tras la descripción de todos los resultados obtenidos en esta revisión, queda patente la discrepancia presente entre los autores en muchos aspectos relacionados con el masaje perineal, ya sean sus beneficios o la técnica del mismo.

Consecuentemente, llama la atención que, pese a no haber estudios con un rigor estadístico adecuado y la discordancia entre las opiniones de los autores analizados en este trabajo, el masaje perineal se recomienda abiertamente a las usuarias gestantes ofreciéndolo sobre la base de los beneficios sobre el periné en el parto.

De manera clara, la técnica del masaje perineal se ha relacionado con una disminución significativa del trauma perineal a consecuencia del parto (desgarros perineales y episiotomías), aunque no existe un consenso entre los autores consultados para esta revisión sobre el momento idóneo para el inicio de la técnica.^{34,35,42,44,46}

La mayoría de los autores confirman su utilidad en la prevención del trauma perineal incluyendo dolor y otras molestias, tanto intraparto como en el periodo del puerperio. Específicamente, las gestantes que han llevado a cabo la técnica han tenido una menor cantidad de desgarros que precisan suturas y episiotomías.

Parece que existe una reducción casi completa de los partos vaginales instrumentales en aquellas mujeres que habían practicado el masaje perineal prenatal⁴⁹. En la misma línea, se encontraron una mayor proporción de D I-II en el grupo intervención, aunque una menor cantidad de D III-IV y episiotomías, aumentando las cifras de periné intacto.

Según Villén⁴⁷: “En la inmensa mayoría de artículos ha quedado patente que los efectos beneficiosos del masaje perineal son más evidentes en mujeres nulíparas, y algunos puntualizan que, de edades avanzadas, mientras que en mujeres con partos vaginales anteriores no ha tenido una eficacia tan evidente”.

Sin embargo, algunos autores como Fernández et al⁴⁹ subrayaron que no se puede garantizar definitivamente que el masaje perineal tenga efectos beneficiosos en el periné de las gestantes durante el parto, debido a que no reduce totalmente los desgarros vaginales y vulvares, aunque sí aquellos traumatismos que requieren sutura, entre los que se encuentran las episiotomías. Pese a ello, afirmaron que el masaje perineal tenía un

papel fundamental en la prevención del dolor en el puerperio para las mujeres que lo habían llevado a cabo en los meses anteriores.

Otro aspecto sobre el masaje perineal en el que los autores no encuentran ninguna resolución es en lo referente a la frecuencia de la realización de la técnica. Parece que según diversos autores, entre los que se encuentran Beckmann y Stock³⁴, la frecuencia de realización del masaje perineal es inversamente proporcional a la prevención de trauma perineal que requiere sutura.

En contraposición, León et al³⁷ obtuvieron datos totalmente diferentes, ya que subrayó que, si el masaje perineal se realizaba diariamente, existían una mayor probabilidad de mantener un periné intacto durante el parto, no siendo esto cierto para el número de episiotomías o los D I-II.

Gramage et al⁴⁴ establecieron una relación entre lo anteriormente mencionado, llegando a la conclusión de que:

“Si el beneficio del masaje perineal prenatal es debido al aumento de la flexibilidad y la disminución de la resistencia de los músculos perineales y de los tejidos blandos, entonces cabría esperar que las gestantes que practican el masaje con mayor habilidad mostrarán menor probabilidad de requerir sutura; al no ser así habría que contemplar otros factores que puedan relacionar la práctica del masaje perineal con un menor traumatismo que requiere sutura”⁴⁴.

Junto con el auge del masaje perineal y el comienzo de su utilización, surgieron muchas opiniones en su contra, debido a la hipótesis de que podía aumentar la probabilidad de padecer incontinencias por un suelo pélvico más débil. Todas estas hipótesis quedaron totalmente descartadas, dado que el masaje perineal se basa en un estiramiento de los músculos que conforman el suelo pélvico y la piel con el objetivo de una mayor elasticidad, pero no una mayor longitud, confirmación que realizaron Gramage et al⁴⁴ y Ferreira et al⁴⁶.

Por lo tanto, se deduce que el masaje perineal prenatal no presenta efectos secundarios, aunque los beneficios del mismo siguen siendo, hoy en día, controvertidos.

Ampliando la visión hacia la morbilidad postparto, encontramos una casi unanimidad por parte de los autores en lo referente a una menor proporción de dolor perineal en el

puerperio inmediato, siendo las mujeres multíparas las que más se benefician de este efecto según Beckmann y Stock³⁴.

Sorprendentemente, y realizando un apunte en relación con un aspecto anterior, se constató que cuanto mayor es la frecuencia de realización del masaje perineal, mayor es la prevención del dolor postparto y en los 3 meses siguientes. Muchos autores, entre los que se encuentran Gramage et al⁴⁴, propusieron como causa de lo anterior, más que una mayor frecuencia de la técnica, una menor cantidad de episiotomías que conllevan una gran cantidad de dolor en el puerperio.

También constataron la frecuencia de utilización de analgesia epidural en el periodo intraparto, concluyéndose un menor uso de la misma en aquellas gestantes que habían realizado el masaje perineal durante las semanas anteriores al mismo. Igualmente, la analgesia proporcionada en el puerperio inmediato disminuyó en el grupo de púerperas que habían llevado a cabo la técnica comparadas con otras mujeres sin ningún tipo de prevención perineal.

En relación con otros factores de la morbilidad postparto, no se encontraron diferencias notables respecto a las incontinencias urinarias y/o fecales, la satisfacción sexual de las mujeres y/o incontinencia de gases, aunque sí fue destacable la menor duración de los partos para aquellas mujeres que practicaron el masaje perineal⁴⁷.

En opinión de muchos profesionales, la prevención del trauma perineal no solo está relacionada con el masaje perineal prenatal, sino con otras técnicas durante el parto como es la posición adoptada.³⁸

La técnica del masaje perineal no obtiene unanimidad completa entre los autores analizados, aunque lo definen de una forma casi idéntica. Respecto a la duración del mismo, el lubricante utilizado y otros aspectos no existe ningún tipo de consenso entre ellos.

El momento del inicio de la técnica es algo que genera mucha controversia entre los autores, ya que cada uno describe una fecha específica, aunque todas ellas se encuentran alrededor de las 32-36 semanas para iniciarlo, añadiendo León et al³⁷ que el máximo de tiempo de realización del masaje perineal deben ser 8 semanas para no generar hipertrofia en los tejidos.

Se debe tener en cuenta que, aunque existen pocas contraindicaciones, algunas son claras como la presencia de varices vulvares, las infecciones o complicaciones derivadas del embarazo.

La mayor parte de los autores analizados en este trabajo, confirmaron los beneficios y la necesidad de utilizar algún tipo de aceite o lubricante durante el masaje perineal prenatal. Sin embargo, existe una gran variedad de opiniones que no se encuentran unificadas en la actualidad.

Pese a toda la información existente sobre los diferentes aceites y lubricantes utilizados en el masaje perineal, algunos autores como Azón et al⁴¹ y Gómez et al⁴² insistieron en la necesidad de comprobar la eficacia de dichos aceites y de realizar ensayos clínicos aleatorios bien estructurados, con muestras grandes de estudio y un rigor estadístico adecuado que lleven a resultados fiables, para poder verificar si es o no eficaz el uso de los mismos.

Además, existen diversos trabajos sin finalizar, que se encuentran pendientes de resultados y tienen como objetivo explorar cuál es el lubricante idóneo para la realización de la técnica.

Los grupos de mujeres que obtuvieron información sobre el masaje perineal, tanto en la técnica como sus beneficios, tuvieron una mayor motivación durante el parto y para mantener íntegro el periné, llevando a cabo pujos durante más tiempo y de forma más intensa. En contraposición, las mujeres de los grupos control de los ensayos recogidos en este trabajo se encontraban muy desinformadas y con una menor motivación para esta etapa.

Diversos autores, entre los que destacan Gramage et al⁴⁴, afirmaron que lo verdaderamente importante es el empoderamiento de las mujeres y la motivación que presentan a través de las instrucciones que reciben. Las usuarias que realizaron la técnica tomaron más conciencia de la etapa vital que estaban viviendo, con más probabilidad de negarse a la realización de una episiotomía.

Casi de forma unánime, los autores subrayaron la gran aceptabilidad que posee esta técnica entre las mujeres pese a las posibles molestias que surgen las primeras semanas, como incomodidad, quemazón o dolor. Destacan que una gran mayoría de gestantes

volvería a realizar el masaje y lo recomendaría a otras mujeres en el mismo proceso. Prácticamente el total de las mujeres que realizaron la técnica afirmaron que la participación de sus parejas fue muy positiva y más cómoda para ellas.

Fernández et al⁴⁹ confirmaron mediante sus resultados la gran necesidad de informar sobre los posibles daños en el periné que pueden sufrir las mujeres durante el parto y proporcionar actividades de prevención útiles y demostradas como el masaje perineal.

En la misma línea afirmaron que: “se verifica una reducción en el porcentaje de episiotomías y laceraciones durante el parto y sus complicaciones posteriores, principalmente el dolor perineal postparto, por lo que debe ser incluido en la preparación al parto, proporcionando información a la mujer sobre sus beneficios y sobre la técnica de realización”⁴⁹.

Se ha comprobado que las nuevas tecnologías ejercen una influencia cada vez mayor en la sociedad. Por lo tanto, pueden ser de utilidad en la difusión de la información sobre el masaje perineal prenatal para las gestantes, tal y como describen Takeuchi et al en sus trabajos.^{39,40}

“Se podría plantear la necesidad de realizar más ensayos para verificar la eficacia del masaje perineal y de esta forma lograr la unificación de criterios de actuación sobre el tema llevado a cabo. Actualmente no existe unanimidad en la práctica diaria entre los diferentes profesionales y centros asistenciales siendo necesario avalar nuestras prácticas con evidencia científica”, según afirmó Villén⁴⁷.

6. CONCLUSIONES

Diversos autores realizaron una reflexión sobre el elevado número de episiotomías que se realizan actualmente en comparación con los estándares entendidos como deseables, por ejemplo, el de la OMS. Justifican dichas cifras tan elevadas por la posible falta de información actualizada de algunos profesionales, incluyendo la resistencia a cambiar la atención ofrecida.²²

“Pasar de una política de episiotomía sistemática a otra restrictiva requiere que los profesionales venzan sus temores y se impliquen en aplicar cuidados eficaces”²²

El masaje perineal prenatal parece que presenta una gran capacidad de prevención del trauma perineal que requiere sutura, entre lo que se encuentran desgarros y episiotomías, en el proceso del parto vaginal para las mujeres.

Igualmente, la técnica se muestra como una posible alternativa para disminuir el dolor intraparto y en el puerperio inmediato hasta los 3 meses posteriores del parto.

Villén⁴⁷ desarrolló una reflexión sobre el masaje perineal prenatal y la evidencia científica existente que se considera clave como conclusión de esta revisión narrativa:

“Pese a sus reconocidos beneficios, serían necesarias ulteriores investigaciones para determinar la frecuencia óptima, el tiempo de aplicación y el tipo de masaje. La bibliografía sobre este tema referida al territorio español ha sido bastante escasa. Cabe preguntarse cuál es el motivo para que estas técnicas, de coste bajo y sin efectos secundarios aparentes, no se estén practicando en nuestras unidades de obstetricia y ginecología, se insta a que este trabajo contribuya al interés por el tema y se consiga así evitar el sufrimiento de nuestras pacientes”.

Por lo tanto, se quiere destacar así que durante todo el análisis se ha percibido la necesidad de comprobar todos los beneficios o ausencia de ellos mediante ensayos con un mayor rigor estadístico y con muestras grandes, todo ello encaminado a la consecución de una evidencia clara y verdadera que permita alcanzar la excelencia en los cuidados y prevenir a las mujeres de posibles traumas perineales.

Un aspecto importante de la técnica del masaje perineal es una buena información y educación a la población, a través de los métodos anteriormente mencionados,

informando de todos los beneficios existentes y mostrándolo como un procedimiento sencillo y accesible para todos los grupos de personas.⁴²

Útil, atractiva y de fácil acceso son las cualidades que debe tener toda la información que se proporciona a las gestantes respecto al trauma perineal y su posible prevención mediante el masaje perineal prenatal.

Mención importante merecen los profesionales de Enfermería por la relevancia que les aportan los autores en sus trabajos, considerándolos como elemento clave para la difusión y educación en la prevención del trauma perineal, así como un buen seguimiento en todo el proceso de la gestación y el parto.

Además, estos profesionales deben continuar ampliando sus conocimientos según la evidencia existente, reciclando aquellos que quedaron obsoletos y motivando a las mujeres gestantes y empoderándolas en la etapa vital que experimentarán en el futuro, como es el parto.

7. AGRADECIMIENTOS

Un largo proceso llega a su fin, no sin antes plasmar los necesarios agradecimientos a las personas que me han ayudado y acompañado durante la realización de mi Trabajo de Fin de Grado.

Principalmente, a la profesora Belén Cabello Tarrés, por su eterna paciencia y acompañamiento en este proceso tan difícil para mí, por sus necesarias correcciones, y por darme impulso cuando más lo necesité.

Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la UAM, mil gracias por guiarnos a todos en lo referente a la bibliografía, el lenguaje adecuado y la redacción específica para nuestros trabajos, ya que constituyen una parte esencial de este proyecto.

Finalmente, especial agradecimiento precisan los profesionales de Enfermería, tanto las enfermeras y los enfermeros, como las matronas, de la unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Puerta de Hierro que me aconsejaron cuando me encontraba perdida mostrándome todos sus conocimientos y experiencia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. 1º ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996
2. Sánchez Casal MI. Episiotomía VS Desgarro: revisión de las evidencias científicas. *Enfermería Docente*. 2012;97(1):27-32
3. López M, Palacio M, Ros C, Bataller E, Espuña M, Anglés S. Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico. 1º ed. Cataluña: Servicio Medicina Materno-fetal y Servicio Ginecología; 2014
4. Trujillo AM. Protocolo de indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia. 1º ed. Colombia: Carmen Emilia Ospina; 2012
5. Berzaín MC, Camacho LA. Episiotomía: procedimiento de elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med*. 2014;17(2):53-57
6. Sedano L, Sedano M, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):886-873
7. Romero Martínez J, de Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Profesión*. 2002;8(1):33-39
8. Sánchez Casal MI, Luna Valore JM. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. *Parainfo Digital*. 2013;18(1):1-9
9. Lede R, Belizán JM, Carroli G. Is routine of episiotomy justified? *Americal Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996;174(5):1399-1402
10. Belizán JM, Carroli G. Routine episiotomy should be abandoned. *BMJ*. 1998;317(1):1389-1390
11. Wagner M. episiotomy: a form of genital mutilation. *The Lancet*. 1999;353(1):1977-1978
12. Laviña AB, Hernández J, García MA, Amayas R, Gotor ML, Gotor S. Repercusión de prácticas relacionadas con el parto en el riesgo de aparición de depresión postparto. *Matronas Hoy*. 2014;1(3):18-30

13. Laviña AB. Relación depresión postparto y prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal. Nure Investigación. 2013;63(1):2-13
14. Rubio Romero JA. Indicaciones actuales de episiotomía. Rev Fac Med Nac Colomb. 2004;52(2):132-139
15. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2008 [citado el 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-18702>
16. Cans C, Colver A, Krägeloh-Mann I, Platt MJ, de la Cruz K, Curran L, et al. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 1º ed. París: INSERM; 2013
17. EU's Health Monitoring Programme. EuroPeristat. 2010; Disponible en: <http://www.eruoperistat.com/> Acceso el 15/02/2018.
18. Recio Alcaide A. Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on a Problem. Dilemata. 2015;8(1):13-26
19. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud Infantil y Perinatal. 2012; Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones2.jsp?menuRaizPortal=SANMS&Opcion=SANMS119&CodPunto=2247&MenuSup=SANMS&Nivel=2&ComputeAccWeb=true&perfil=inst> Acceso el 08/02/2018
20. Rodríguez F, Juliá A, Celda MA, Muñoz A, Martínez A. Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año 2013). Matronas hoy. 2015;3(1):15-21
21. Parrilla A, García MD, Barceló I, Hernández ML, Millán AS. Relación entre perímetros cefálico, peso neonatal y tipo de parto en mujeres nulíparas. Matronas Hoy. 2015;3(2):7-13

22. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Prof.* 2017;18(3):98-104
23. Universidad Estatal de Campinas, Universidad Complutense de Madrid, Hospital Clínico San Calor, Asociación Española de Matronas. La Carta de Madrid: por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo. Asociación Española de Matronas. 2005;1(1):1-2
24. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa al parto normal. 1º ed. Pamplona: FAME; 2007
25. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa al parto normal: guía para madres y padres. 1º ed. Pamplona: FAME; 2011
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. *SEGO.* 2008;1(1):1-11
27. Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias. Preparación a la maternidad y paternidad. 1º ed. Canarias: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales; 2009
28. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. 1º ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010
29. Ballesteros C, Velázquez R, Luque M. Atención al parto normal: análisis comparativo de recomendaciones propuestas en España. *Matronas hoy.* 2014;1(3):6-12
30. La Fuente MS. Biomecánica del parto: entrenamiento sinérgico puerperal. *Matronas Hoy.* 2014;2(1):15-24
31. Asociación El parto es nuestro. El parto es nuestro. 2017. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/> Acceso el 14/03/2018
32. Asociación de Las matronas de Úbeda. Las matronas de Úbeda. 2017. Disponible en: <http://matronasubeda.objectis.net/> Acceso el 14/03/2018

33. Federación de Asociaciones de Matronas de España. El masaje perineal. 1º ed. España: FAME; 2013
34. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;4(1):1-57
35. Duarte González L, García Gonzáles S, Mejías Panque MC. Masaje perineal. *Nure Investigación*. 2013;62(1):1-4
36. American College of Nurse-Midwives. Perineal massage in pregnancy. *Journal of Midwifery of Women's Health*. 2016;61(1):143-144
37. León-Larios F, Corrales-Gutiérrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: a quiasi-randomised controlled trial. *Midwifery*. 2017;50(1):72-77
38. Smith V, Guilligand K, Dixon L, Reilly M, Keegan C, McCann C, et al. Irish and New Zeland Midwives' expertise at preserving the perineum intact: perspectives on preparations for birth. *Midwifery*. 2017;55(1):83-89
39. Takeuchi S, Horiuchi S. Randomised controlled trial using smarthphone webside VS leaflet to support antenatal perineal massage practice for pregnant women. *Women and Birth*. 2016;29(1):430-435
40. Takeuchi S, Horiuchi S. Feasibility of a smarthphone webside to support antenatal perineal massage in pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;1(1):1-6
41. Azón López E, Hernández Pérez J, Mir Ramos E. evidencia científica sobre el uso del aceite de rosa de mosqueta en el embarazo: una revisión de la bibliografía. *Medicina Naturista*. 2013;7(2):94-98
42. Gómez Coca S, Villamor Ruiz EM, Fernández Álvarez F. efectividad del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta como medida preventiva del trauma perineal durante el parto. *Parainfo Digital*. 2015;22(1):1-6
43. Moreno López K, Agea Cano I. ¿Es efectivo el masaje perineal antenatal con aceite de oliva para disminuir la incidencia de desgarros y la necesidad de episiotomía?. *Parainfo Digital*. 2015;22(1):1-7

44. Gramage-Córdoba LI, Asins-Cubells AP, Llopis-Coloma C. Efecto del masaje perineal en el traumatismo perineal y la morbilidad postparto. *Enfermería Integral*. 2016;111(1):35-40
45. Moreno Sánchez V, Moreno Rutia E. Masaje perineal antenatal con aceite de rosa mosqueta para prevenir desgarros en el parto. *Nure Investigación*. 2016;13(83):2-11
46. Ferreira-Couto CM, Fernández-Carneiro MN. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. 2017;47(1):539-551
47. Villén Salán MI. Masaje perineal en Fisioterapia obstétrica: revisión bibliográfica. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2016;32(1):3-15
48. Nieto García GM, Ráez Martín C. ¿EL masaje perineal durante el embarazo aumenta la probabilidad de periné intacto tras el parto?. *Evidentia*. 2010;7(32):1-4
49. Fernández-Domínguez JC, Pascual-Vaca AO, Ruiz-López K, Caufriez M. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarro perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2012;41(2):127-140
50. Ismal S, Emery SJ. Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;33(8):839-843
51. Seehusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. *American Family Physician*. 2014;89(5):335-337
52. Hastings-Tolsma M. Antenatal perineal massage decreases risk of perineal trauma during birth. *Evidenced Based Nursery*. 2014;17(3):77-78
53. Berzaín-Rodríguez MC, Camacho-Terceros LA. Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica de Ciencia Médica*. 2014;17(2):53-57

9. ANEXOS

Anexo 1. Tabla 5. Características principales de los artículos incluidos en la revisión

Autor	Objetivos	Diseño	Sujetos	Metodología	Principales hallazgos
American College of Nurse-Midwives 2016	Informar a las gestantes de los beneficios del masaje perineal y su técnica	Artículo de opinión			Recomendaciones sobre los beneficios del masaje perineal en la prevención del trauma perineal, así como la descripción precisa de la técnica del mismo
Azón E, Hernández J, Mir E 2013	Conocer la evidencia científica actual respecto a las propiedades del aceite de rosa mosqueta para recomendar su uso durante el embarazo	Revisión bibliográfica		Análisis de 2 artículos obtenidos de Pubmed, Cochrane, Dialnet y Science Direct	Si bien el aceite de rosa mosqueta tiene muchas propiedades demostradas, es necesaria la realización de más estudios en embarazadas para recomendar su uso bajo evidencia científica
Beckmann MM, Stock OM 2013	Evaluar el efecto del masaje perineal en la prevención del trauma perineal durante el parto y la morbilidad posterior	Revisión bibliográfica		Análisis de 4 ensayos obtenidos de Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register	Las mujeres que han realizado masaje perineal desde la semana 35 de gestación presentan un menor trauma perineal, sobre todo episiotomías. Igualmente, refieren menor dolor a los 3 meses postparto
Berzain MC, Camacho LA 2014	Conocer las recomendaciones respecto a las episiotomías de rutina o de elección	Revisión bibliográfica		Se realizaron búsquedas en bases de datos como Pubmed, Cochrane, Biomed y Scielo, obteniendo 15 documentos	El masaje perineal destaca como uno de los métodos para prevenir la episiotomía, con el objetivo de preparar el suelo pélvico en el periodo prenatal
Duarte L, García S, Mejías MC 2013	Constatar si es eficaz el masaje perineal antenatal y en el expulsivo	Revisión bibliográfica		No consta	El masaje perineal digital prenatal a parte de la semana 34-35 reduce la incidencia de trauma perineal y un menor dolor en los 3 meses postparto

Fernández JC, Oliva A, Ruiz K, Caufriez M 2011	Realizar una revisión exhaustiva sobre las distintas medidas preventivas para reducir el trauma perineal y la episiotomía	Revisión sistemática		Revisión de 35 documentos obtenidos de Pubmed, Cochrane, Pedro, Cinahl y Cuiden	Se puede afirmar que la práctica del masaje perineal antenatal es un factor de protección del trauma perineal durante el parto y la episiotomía, principalmente en primíparas de más de 30 años
Ferreira C, Fernandes M 2017	Determinar la evidencia disponible sobre intervenciones de la matrona para prevenir el trauma perineal	Revisión bibliográfica		Revisión de 14 documentos obtenidos de Medline, Elsevier, Nursing Reference, Cochrane	A partir de la semana 28-30 semana de gestación es positivo que la matrona proporcione información acerca de los beneficios y la técnica del masaje perineal a las gestantes, por su efectividad en la prevención del masaje perineal
Gómez S, Villamor EM, Fernández F 2015	Determinar la efectividad del masaje perineal durante el embarazo, así como el uso del aceite de rosa mosqueta, en la prevención de trauma perineal	Revisión bibliográfica		Análisis de 3 documentos obtenidos de Pubmed, Cochrane, Cochrane Plus, Cuiden y el buscador de Google Académico	No existe unificación en relación con la frecuencia, duración y técnica del masaje perineal. Las mujeres tienen buena disposición a realizar la técnica por su bajo coste y facilidad de realización. Es necesario realizar más estudios sobre la efectividad del masaje perineal
Gramage LL, Asins A, Chamón P, Llopis C 2016	Evaluar la efectividad del masaje perineal en la prevención de traumatismo durante el parto, conocer la técnica y mejorar el conocimiento de la mujer y su pareja	Revisión bibliográfica		Revisión de 6 artículos obtenidos en las bases de datos Pubmed, Medline, Cinahl, y Cochrane	El masaje perineal a partir de la semana 35 disminuye la probabilidad de traumatismo perineal y reduce el dolor en los 3 meses postparto. La frecuencia de la realización del masaje perineal no es proporcional a los resultados obtenidos

Hastings M 2013	Revisar la revisión de Cochrane llevada a cabo por Beckmann y Stock	Revisión sistemática y metaanálisis		No consta	Este estudio afirma la utilidad del masaje perineal como prevención del trauma perineal y episiotomía si se realiza 1.5 veces/semana y en mujeres sin partos vaginales previos. Igualmente, subraya la necesidad de mayor investigación respecto al tema tratado
Ismail SIMF, Emery SJ 2013	Conocer la aceptabilidad y conocimiento de las mujeres embarazadas sobre el masaje perineal	Investigación cualitativa	300 mujeres gestantes en el cuarto mes de embarazo en Reino Unido	Se repartieron cuestionarios semi-estructurados anónimos a las participantes del estudio	Aunque el masaje perineal fue aceptado por el 60% de las mujeres del estudio, solo un 37.5% estaba totalmente informada de la técnica y los beneficios del mismo
León F, Corrales I, Casado R, Suarez C 2016	Investigar los efectos del entrenamiento del suelo pélvico en un programa de seguimiento del trauma perineal	Ensayo controlado cuasi-aleatorio con simple ciego en dos grupos: control e intervención	Mujeres escogidas aleatoriamente de un grupo formado por gestantes de 32 semanas, con embarazo único y previsiones de un parto normal en Sevilla	Se elaboraron 6 grupos en centros diferentes, 3 de control y 3 de intervención, comparando los resultados de ambos	Un programa combinado de masaje perineal con entrenamiento del suelo pélvico para primíparas aumenta la probabilidad de un periné íntegro, menos episiotomías y menos dolor postparto
Moreno V, Moreno E 2016	Conocer si el masaje perineal con aceite de rosa mosqueta es más efectivo que con otros lubricantes	Proyecto de investigación como ensayo clínico aleatorizado con grupo de control	Muestra conformada por gestantes de 34-35 semanas, nulíparas, de entre 20-29 años, con gestación única, presentación cefálica y previsión de parto vaginal ¿dónde?	Se captarán mujeres en la consulta de la matrona en AP, y se les proporcionará información oral y escrita del masaje perineal adjuntando plantillas que deberán rellenar hasta el parto, y serán recogidas posteriormente	Resultados pendientes de publicación
Moreno J, Agea I	Valorar la efectividad del aceite de oliva virgen extra aplicado en las últimas	Proyecto de investigación como estudio	Mujeres gestantes de menos de 34 semanas, con un embarazo	Distribución en dos grupos según utilicen aceite de oliva o de rosa mosqueta. Se recogerán	Resultados pendientes de publicación

2015	semanas de embarazo en comparación con el aceite de rosa mosqueta	cuasi-experimental	controlado en centros de salud de la zona de Úbeda, caucásicas y con perspectivas de un parto vaginal	diversas variables cuantitativas y cualitativas de la mujer, y algunas variables del recién nacido	
Nieto GM, Ráez C 2010	Evaluar la eficacia del masaje perineal durante el embarazo	Estudio cuasi-experimental	Se incluyeron 234 mujeres entre 2002-2004, nulíparas, con feto único que acuden al curso de preparación al parto en la semana 30-34 de gestación en Israel	Se realizaron dos grupos, intervención y control, evaluando diariamente a las mujeres en el grupo intervención, y postparto a ambos grupos para registrar las variables subjetivas y el trauma perineal sufrido	No se puede concluir que el masaje perineal prenatal aumente la probabilidad de parto con periné intacto, aunque por el tamaño del estudio se deben llevar a cabo más estudios para aumentar la evidencia disponible
Seehusen DA, Raleigh M 2014	Conocer si el masaje perineal prenatal reduce el trauma perineal y la morbilidad a largo plazo postparto	Revisión bibliográfica		Se realizaron búsquedas únicamente en Cochrane, obteniendo 3 documentos	La probabilidad de trauma perineal disminuyó en aquellas mujeres que habían practicado el masaje perineal en el último mes de gestación, así como el dolor postparto
Smith V, Guilligand K, Dixon L, Reilly M, Keegan C, McCann C, Begley C 2017	Explicar el bajo número de episiotomías que se producen en Nueva Zelanda e Irlanda	Estudio cualitativo	Profesionales matronas expertas en mantener el perineo intacto procedentes de maternidades ambos países	Entrevistas personales semi estructuradas que se analizaron con <i>Ethnograph software</i> organizados en temas	Se constató que las matronas promovían posturas diferentes durante el parto y programas de formación como el masaje perineal y entrenamiento del suelo pélvico, además de una profunda consciencia de las situaciones específicas que requieren una episiotomía
Takeuchi S, Horiuchi S 2016	Desarrollar y evaluar una aplicación de móvil para presentar y difundir el masaje perineal en primíparas	Estudio controlado aleatorio	Se incluyeron 161 mujeres primíparas asignadas aleatoriamente a los	Se realizaron pre-test en la semana 30-33 y a las mujeres se les solicitó que hicieran actualizaciones en la	Se obtuvieron datos más bajos de realización de masaje perineal en ambos grupos, contradiciendo estudios anteriores que obtuvieron mayores datos de seguimiento. La

			grupos de la aplicación y del grupo control, que se encontrasen en las semanas 30-33 de gestación en Tokio	aplicación cada vez que realizasen el masaje perineal, además de un post-test al finalizar	episiotomía en ambos grupos estuvo alrededor del 50%.
Takeuchi S, Horiuchi S 2017	Evaluar la factibilidad de la aplicación de móvil desarrollada para seguimiento del masaje perineal	Estudio controlado aleatorio	Se incluyeron mujeres primíparas a las que se les explicó cómo darse de alta en la aplicación y se les realizó seguimiento en Tokio	Se explicó el funcionamiento de la aplicación del móvil, y después del parto se les proporcionó un cuestionario para evaluar dicha aplicación	Se demostró claramente la factibilidad de la aplicación desarrollada en la educación y motivación de la realización del masaje perineal en primíparas
Villén Salán, MI 2006	Revisar la literatura existente acerca del masaje perineal, comprobar si existen protocolos establecidos y valorar la información proporcionada a las embarazadas	Revisión bibliográfica		Análisis de 9 documentos entre 1994 y 2005 obtenidos de Pubmed, Índice Médico Español, ISBN, Rebiun y Teseo	El masaje perineal ha demostrado ser efectivo en la prevención del trauma perineal durante el parto, aunque no se han encontrado protocolos establecidos, y es bien aceptado por las mujeres que lo realizaron

Fuente. Elaboración propia