



Universidad de Valladolid

**Escuela Universitaria
de Fisioterapia**

Campus de Soria

ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA

Grado en Fisioterapia

TRABAJO FIN DE GRADO

**“EFICACIA DEL MASAJE PERINEAL COMO
PREVENCIÓN DE LESIONES DURANTE EL
PARTO Y POSTERIORES DISFUNCIONES.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**

Presentado por: Ana Rodríguez Morante

Tutor: M^a Lledó Soriano Segarra

Soria, a 30 de Junio de 2015

ÍNDICE

pág.

Resumen

1. Introducción.	
1.1. Definición y anatomía del suelo pélvico.-----	1-3
1.2. Principales lesiones durante el parto.-----	4-6
1.2.1. Desgarros.-----	5
1.2.2. Episiotomía.-----	5-6
1.3. Principales disfunciones en el postparto.-----	6-8
1.3.1. Dispareunia.-----	6-7
1.3.2. Incontinencia anorrectal.-----	7
1.3.3. Incontinencia urinaria.-----	7-8
1.3.4. Prolapso de órganos pélvicos.-----	8
1.4. El Masaje Perineal.-----	9-12
1.4.1. ¿Masaje perineal o estiramiento perineal?-----	9-10
1.4.2. Técnica de realización.-----	10-11
1.4.3. Frecuencia y duración.-----	11
1.4.4. Indicaciones y contraindicaciones.-----	11-12
2. Justificación y Objetivos.	
2.1.1. Justificación.-----	13
2.1.2. Objetivos Principales.-----	13
2.1.3. Objetivos Secundarios.-----	13
3. Material y métodos	
3.1. Diseño.-----	14
3.2. Bases de Datos utilizadas y Palabras Clave.-----	14
3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.-----	14-15
3.4. Estrategia de Búsqueda.-----	15-18
3.5. Selección de Estudios.-----	18
3.6. Evaluación de la Calidad de los Estudios.-----	18-20

4. Resultados	
4.1. Resultados del Artículo 1 (Labrecque M. 1999)-----	21-22
4.2. Resultados del Artículo 2 (Stamp G. 2001)-----	22-23
4.3. Resultados del Artículo 3 (Labrecque M. 2000)-----	24-25
Cuadro-resumen del contenido de los estudios seleccionados.-----	26-27
5. Discusión-----	28-30
6. Conclusión-----	31

Bibliografía

Anexos

- ✓ Anexo I: PEDro Scale
- ✓ Anexo II: CONSORT 2010 Checklist of Information

RESUMEN

Introducción / Antecedentes: El suelo pélvico constituye un elemento muy importante en la mujer, pero factores como el parto vaginal pueden dañarlo debido a las lesiones que se producen en dicho momento (desgarros o episiotomías) o también puede verse afectado por a las posteriores disfunciones que es posible que se ocasionen (dispareunia, incontinencia urinaria, incontinencia anorrectal y/o prolapsos de órganos pélvicos).

Objetivos: Analizar la eficacia del masaje perineal como técnica preventiva para las lesiones y disfunciones anteriormente descritas.

Material y métodos: Se realizaron búsquedas bibliográficas con las palabras clave; “perineal massage”, “perineal trauma”, “prevention”, “postdelivery disfuncions”, “pregnancy”, “efficacy” y “vaginal delivery” en las bases de datos *PubMed/MEDLINE*, *PEDro*, *Biblioteca Cochrane Plus*, *Google Académico* y *Almena*. Se seleccionaron únicamente aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y que eran ECAs, escogiendo finalmente un total de 3 estudios. Seguidamente fueron evaluados mediante dos escalas para constatar su calidad.

Resultados y discusión: Esta técnica reduce la incidencia de las lesiones descritas, pero sus resultados no son significativos. No obstante, se observa mayor eficacia en las mujeres primíparas, especialmente en cuanto a los desgarrs, la incontinencia urinaria con pérdidas menores de una vez al día y el porcentaje de mujeres que se consideraban como “muy satisfechas en sus relaciones sexuales”. En cuanto a las mujeres con partos vaginales previos, se observó que el masaje perineal era más beneficioso que en las nulíparas en relación a la dispareunia.

Conclusión: El masaje perineal es una técnica preventiva en las lesiones durante el parto y las disfunciones postparto, sin embargo su eficacia no es del todo clara, aunque mayor para las mujeres primíparas.

ABSTRACT

Introduction / Background: The pelvic floor is a very important woman element, but factors such as vaginal birth can cause damage due to injuries that occurs at that time (tears or episiotomies) or also may be affected by a subsequent dysfunctions you may (dyspareunia, urinary incontinence, anorectal incontinence and / or pelvic organ prolapse) incurred.

Objectives: To analyze the effectiveness of perineal massage as preventive technique for injuries and dysfunctions described above.

Methods: literature searches using keywords were performed; "Perineal massage", "perineal trauma", "prevention", "Post Delivery disfunctions", "pregnancy", "efficacy" and "vaginal delivery" in PubMed / MEDLINE, PEDro, Cochrane Library, Google Scholar and Almena database . Those articles that met the inclusion and exclusion criteria were RCTs and finally choosing a total of 3 studies have been selected. They were then evaluated using two scales to verify its quality.

Results and Discussion: This technique reduces the incidence of these injuries but the results are not significant. However, greater efficiency in primiparous women urinary incontinence is observed, especially in terms of tears, with losses less than once a day and the proportion of women who considered themselves "very satisfied in their sexual relationships." As for women with previous vaginal births it was observed that the perineal massage was more beneficial than in nulliparous regarding dyspareunia.

Conclusion: The perineal massage is a preventive technique during delivery and postpartum dysfunction, though their effectiveness is unclear, although higher for primiparous women.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y fascias que cierran la parte inferior de la cavidad abdomino-pélvica separándola del periné. Se extiende a lo largo el arco tendinoso, espinas isquiáticas, cara posterior de pubis y cóccix¹.

Esta estructura anatomofisiológica lleva a cabo funciones muy importantes como la continencia, tanto urinaria como anorrectal, amortiguación de las presiones abdominopélvicas, participación en la ventilación, función sexual, soporte de órganos pélvicos y estabilización lumbo-pélvica².

Histológicamente el suelo pélvico está formado en un 80% de tejido conectivo y un 20% de tejido muscular. Sus fibras musculares se dividen, a su vez, en 2 tipos de fibras³:

- 80% fibras tónicas tipo I
- 20% fibras fásicas tipo II
 - 16% fibras fásicas tipo IIA
 - 4% fibras fásicas tipo IIB

Se trata de un entramado complejo de diferentes músculos, sin embargo todos actúan en conjunto formando una doble cúpula de convexidad superior, cuya morfología es esencial para amortiguar las presiones anteriormente descritas⁴.

Esta musculatura se subdivide en 3 planos⁵:

- Plano Profundo:
 - Músculo Elevador del ano, que se divide a su vez en:
 - Músculo Ileococcigeo.
 - Músculo Pubococcigeo.
 - Músculo Puborectal.
 - Músculo Coccígeo o Isquiococcígeo.
- Plano Medio: se sitúa exclusivamente en la parte anterior del periné y está formado por:
 - Músculo Esfínter Externo de la uretra.
 - Músculo Transverso Profundo del periné.
- Plano Superficial: se asocian a los genitales externos y lo forman:

- Músculo Transverso Superficial del periné.
- Músculo Esfínter Externo del ano.
- Músculo Bulboesponjoso.
- Músculo Isquicavernoso.

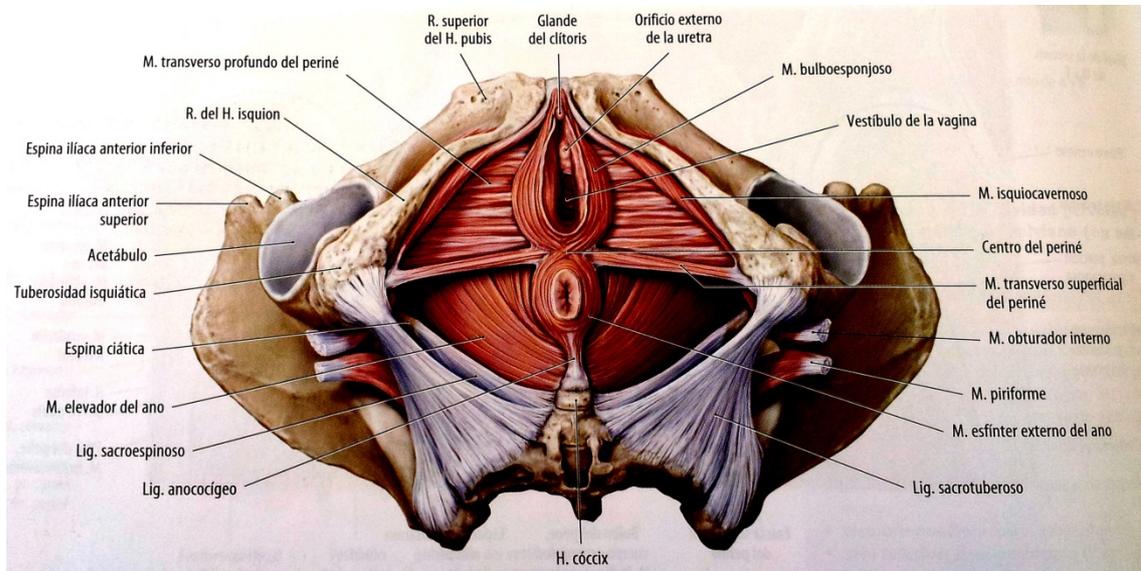


Imagen 1: Musculatura del suelo pélvico femenino. Visión caudal.

Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus texto y atlas de anatomía: Tomo 1 Anatomía general y aparato locomotor. Ed. Médica Panamericana. 2015; 2(3): 184.

El sistema fascial, como hemos comentado, conforma el 80% del tejido del suelo pélvico^{3,6}. Las funciones principales de la fascia son anclar los músculos perineales y soportar los órganos pélvicos.

Este sistema está dividido en 3 niveles de suspensión (división de DeLancey), pero el masaje perineal solo va a actuar en el 2º y 3º, que son los que realmente interesan flexibilizar para evitar que se produzcan lesiones en el parto o posteriores disfunciones debido a una rigidez del tejido^{7,8}:

- Segundo nivel de suspensión: está formado por la fascia pubocervical (inserciones en las paredes anteriores de la vagina, la región superior de arco tendinoso de la fascia pélvica y la región inferior de la membrana perineal, con expansiones hacia pubis) y la fascia recto vaginal (se trata de un tabique que separa vagina y recto y ancla sus inserciones en el cuerpo perineal, fascia parietal del iliococcigeo, fondo de saco posterior y ligamentos uterosacos). Ambas fascias estabilizan la vejiga, el recto y los dos tercios superiores de la vagina.

- Tercer nivel de suspensión: Se trata de una fusión de tejidos fasciales que se insertan alrededor de la uretra distal, el tercio inferior de la vagina y el canal anal y en los músculos puborrectal y pubococcigeo, la membrana perineal y el cuerpo perineal. La función de esta fusión de tejidos fasciales es orientar de manera vertical al tercio inferior de la uretra, la vagina y el canal anal.

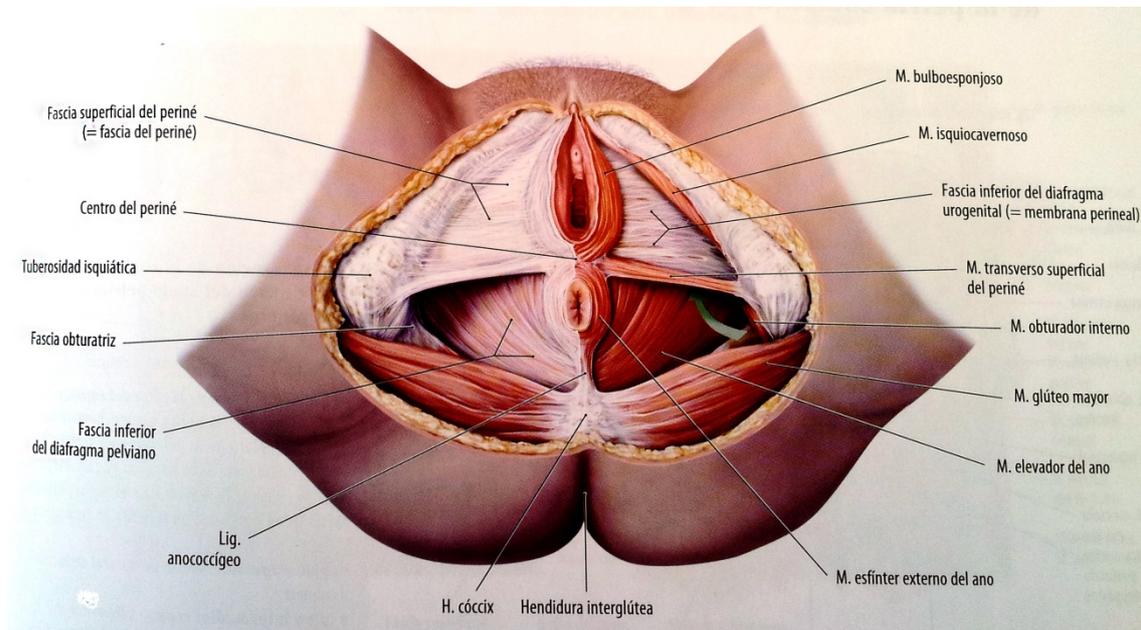


Imagen 2: Fascias superficiales del suelo pelviano femenino. Posición dorsosacra. Visión caudal. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus texto y atlas de anatomía: Tomo 1 Anatomía general y aparato locomotor. Ed. Médica Panamericana. 2015; 2(3): 181.

Este sistema fascial y el 80% de las fibras musculares del suelo pélvico están formadas por tejido conectivo⁹, por lo que es imprescindible hablar de las propiedades del mismo y de cómo afectará a su estructura el masaje perineal, sin embargo en ningún estudio se habla de la relación entre ambos.

El mayor componente de este tejido es el colágeno, una sustancia que aporta rigidez a la estructura, pero al ser rígido es propenso al desgarro y por ello debemos estirar sus fibras intentando que estén más flexibles en el momento del parto¹⁰. Este componente en condiciones normales solo permite un alargamiento del 2% por riesgo de rotura, aunque en laboratorio se ha visto que se pueden estirar hasta un 20% de su posición de reposo bajo una tensión constante. Por ello es importante estirar la musculatura perineal y así prevenir de los traumatismos perineales durante el parto^{10,11}.

1.2. PRINCIPALES LESIONES DURANTE EL PARTO

El parto vaginal está compuesto por una serie de fases que provocan la salida del bebé desde el útero materno hasta el exterior, a través de la vagina. Antes del comienzo del periodo expulsivo, el cuerpo de la mujer se prepara para ello, de tal forma que comienza a dilatar el canal del parto provocando una elongación de toda la musculatura y fascias perineales. Este proceso ocurre en dos fases¹⁰:

- Fase latente o prodrómica: desde que comienza a dilatar hasta que consigue una dilatación de 3-4cm. Las contracciones tienen una frecuencia y duración irregular pero son leves o moderadas.
- Fase activa de parto: desde esos 3-4cm hasta la dilatación completa, que normalmente es de 10cm. Las contracciones son más intensas y se vuelven más frecuentes y de mayor duración.

Las nulíparas evolucionan durante esta fase dilatando 1,2 cm/h mientras que las multíparas lo hacen con una frecuencia de 1,5 cm/h.

Una vez que el bebé comienza a salir por la vagina, el periné se ve obligado a distenderse aún más, debido a que el diámetro cefálico es mayor que el del canal y lo empuja elongándolo de manera forzada, es entonces cuando suceden la mayoría de las lesiones de suelo pélvico durante el parto. Este periodo de distensión del periné se divide en 2 etapas; en una primera etapa el bebé desciende siguiendo la dirección del sacro oblicua hacia atrás, al llegar al cóccix lo lleva hacia retropulsión ampliando el periné posterior. La retropulsión del cóccix se ve limitada por lo que da comienzo la segunda etapa en la que se dilata el periné anterior¹¹.

En los partos vaginales normalmente se producen los llamados traumas perineales, que se trata de una lesión o daño en el periné de manera espontánea (desgarro) o debido a episiotomía¹². Los traumas perineales constituyen la lesión con mayor morbilidad asociada a los partos vaginales¹³. La incidencia de algún tipo de traumatismo perineal es del 85% (McCandlish 1998).

A continuación se definirán ambos conceptos, así como una clasificación de los mismos y su incidencia.

1.2.1. Desgarro

Se trata del trauma perineal que ocurre de forma espontánea y puede afectar a la parte anterior o posterior del periné¹⁴. Principalmente ocurre cuando la musculatura perineal está rígida (poco flexible), cuando el diámetro cefálico o el peso del bebé son altos, cuando el bebé está mal posicionado en el momento de su expulsión o cuando el periodo expulsivo es muy rápido y por lo tanto menos controlado¹⁵.

Podemos clasificarlos en diferentes grados en función de la afectación de las estructuras:

- Periné intacto (grado 0): no existe separación tisular en ningún punto del tejido¹⁶.
- Primer Grado: Afectación de piel y mucosa¹⁷. La horquilla vulvar (piel del periné) y la membrana mucosa vaginal sufren daños, sin embargo la capa fascial y muscular están intactas.
- Segundo Grado: Incluye la fascia y la musculatura perineal, excepto el músculo del esfínter anal^{14,17}.
- Tercer Grado: Incluye al esfínter anal¹⁷.
 - III-A : Afectación de hasta el 50% del esfínter anal.
 - III-B : Afectación de más del 50% del esfínter anal.
 - III-C : Afectación del esfínter anal interno y externo.
- Cuarto Grado: Incluye la mucosa rectal¹⁷.

En cuanto a la incidencia cabe destacar una publicación de Alperin M. (2008) en la que se exponía que cuando se realiza un episiotomía en el primer parto, el índice de desgarros (grado III / IV) en el segundo parto vaginal era de 4,8%, mientras que en las que no se había realizado previamente una episiotomía la incidencia descendía hasta el valor de 1,7%¹⁸.

1.2.2. Episiotomía

Se trata de una incisión quirúrgica que secciona el periné para ampliar el canal del parto. Equivale a un desgarro de grado II¹⁸.

En cuanto a la clasificación de las episiotomías, podemos dividirla en 7 apartados (mediana, mediana modificada, en forma de "J", medio lateral,

lateral, lateral radical y anterior), sin embargo debido a la facilidad de la técnica y la disminución de las complicaciones solo se utilizan dos tipos¹⁹:

- Incisión mediana: comienza en la comisura posterior de la horquilla vulvar y continúa en línea recta hacia el núcleo central fibroso del periné. Se realiza principalmente en países como EEUU y Canadá¹⁹.
- Incisión medio lateral: se realiza en forma de línea recta desde la comisura posterior de la horquilla vulvar hacia una de las dos tuberosidades isquiáticas. Es la más utilizada en Europa¹⁹.

La incidencia de la realización de esta técnica es muy variable en la geografía. Los valores se sitúan en torno al 28% en América del norte, 94.2% en América central y del sur, 63.3% en África, 82% en Asia y 30% en Europa (con rangos variables ya que el país con la tasa más baja es Suecia y sitúa su valor en el 9,7%). En cuanto a España, forma parte de los países europeos con la incidencia de episiotomía más elevada y su valor es del 52.08%^{20,21}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que estos valores sean inferiores al 20%²².

1.3. PRINCIPALES DISFUNCIONES EN EL POSTPARTO

Durante el parto se pueden originar daños a los tejidos del suelo pélvico, como rotura, desgarró, estiramiento o compresión de las fibras musculares, lesiones conjuntivas (*medial defect* y *lateral defect*) o lesiones nerviosas del plexo sacro (especialmente el nervio pudendo y las ramas de la 2ª y 4ª raíces sacras, que son los encargados de inervar de forma motriz y sensitiva a casi todas las estructuras del suelo pélvico) dando lugar, principalmente, a incontinencias fecales y urinarias, prolapso de órganos pélvicos y alteraciones sensitivas como la dispareunia².

En este caso vamos a estudiar estas lesiones en un periodo de 3 meses tras del parto.

1.3.1. Dispareunia

Se trata del dolor genital recurrente o persistente durante las relaciones sexuales, en el que sus causas no son ni la falta de lubricación ni el vaginismo²³.

- El 60% de los partos vaginales refieren este trastorno 3 meses después del parto²⁴.
- Un 30% lo refieren tras 6 meses²⁴.
- El 15% siguen padeciéndolo 3 años después²⁴.

A pesar de estos valores, está comprobado que las mujeres con un periné intacto tras el parto vaginal tienen menos riesgo de sufrir dispareunia²⁴.

1.3.2. Incontinencia Anorrectal

Las lesiones en el esfínter anal y/o en su mucosa pueden ocasionar daños en el nervio pudiendo originando este tipo de incontinencia, que se define como la evacuación involuntaria de materias rectales sólidas, líquidas o gaseosas²⁵.

Se presentan lesiones de este tipo en un 3-5% de los partos vaginales, dando lugar en un 8% de los mismos a incontinencia fecal (ya sean heces sólidas o líquidas) y en un 45% a pérdidas de gas de forma involuntaria tras la lesión²⁶.

1.3.3. Incontinencia Urinaria

Este caso también se da cuando durante el parto se daña el nervio pudiendo, ya que es el que controla la micción, o simplemente si se daña la musculatura del esfínter.

Se define como toda pérdida involuntaria de orina y existen varios tipos incontinencia urinaria (IU)²⁷:

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE): pérdida involuntaria de orina a través de la uretra durante un esfuerzo o ejercicio.
- Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU): se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia.
- Incontinencia Urinaria Mixta (IUM): pérdida involuntaria de orina asociada a la urgencia miccional y al esfuerzo.
- Incontinencia Urinaria por Rebosamiento (IUR): se da cuando la capacidad de almacenamiento de la vejiga es superada y está asociada normalmente a retención urinaria.

- Incontinencia Urinaria Continua (IUC): pérdida involuntaria y constante de orina en ausencia de deseo miccional.

La incidencia da valores para esta disfunción del 20-30% de las mujeres tras el parto vaginal (Ramírez, et al., 2013), predominando la IUE con un valor del 34%²⁷. Sin embargo se estudió la evolución tras el parto y se vio que este valor se reducía hasta el 16% a las 6 semanas tras el parto y hasta el 15% a los 6 meses tras el parto (Wijtma et al.).

1.3.4. Prolapso de Órganos Pélvicos

Se trata del descenso de órganos pélvicos respecto a su posición anatómica original, a través del conducto vaginal²⁸.

Podemos clasificar los prolapsos en función de los espacios de la pelvis²⁹:

- Prolapsos del compartimento anterior: cistocele o cistouretrocele (descenso de la vejiga y/o la uretra a través de la pared anterior o lateral de la vagina).
- Prolapsos del compartimento medio: prolapso uterino o histerocele (desciende el cuello del útero) y prolapso de la cúpula vaginal.
- Prolapsos del compartimento posterior: rectocele o proctocele (descenso del recto a través de la pared posterior de la vagina) y enterocele, elitrocele o douglascele (se prolapsan las asas intestinales a través del fondo de saco de Douglas).

También podemos hacer una clasificación sobre la gravedad de los prolapsos en base a la ubicación en reposo de la víscera colapsada y tras una maniobra de Valsalva. Se definen 5 grados o estadios²⁵:

- 0: ausencia de prolapso.
- I (leve): ligero descenso del órgano, que permanece en el interior de la vagina.
- II (moderado): el órgano desciende hasta el plano vulvar.
- III (grave): el órgano sobrepasa el plano vulvar y sobresale por el exterior de la vagina.
- IV (muy grave): el órgano se encuentra en el exterior de la vagina incluso sin realizar la maniobra de Valsalva.

1.4. EL MASAJE PERINEAL

Se trata de una técnica preventiva que se realiza desde la semana 34-35³⁰ del embarazo hasta el momento del parto y cuyo objetivo es aumentar la elasticidad de los músculos y fascia perineales, disminuyendo así la resistencia muscular (muy importante para el momento expulsivo del parto) y reduciendo, por tanto, el riesgo de sufrir un trauma perineal (desgarros espontáneos y realización de episiotomías)^{31,32,33,34}.

Además, tener un suelo pélvico elástico aporta beneficios tales como ayudar a mantener el funcionamiento normal del músculo y evitar el dolor debido a la tensión muscular o rigidez que se puede producir por el estrés del embarazo o por la previa potenciación de la musculatura del suelo pélvico pero sin su posterior estiramiento tras el ejercicio. Además, reduce los calambres musculares, ayuda a la relajación muscular, facilita la curación muscular en caso de lesión y ayuda a reducir al mínimo el desarrollo del tejido cicatrizal, esencial en caso de que finalmente haya que realizar episiotomía o se produzca un desgarro espontáneo³⁵.

1.4.1. ¿Masaje perineal o estiramiento perineal?

Todos los autores han denominado a esta técnica “masaje perineal”, pero en realidad se trata de un estiramiento perineal, es decir, un estiramiento de la musculatura del periné, que en este caso es estático y pasivo.

Aunque para elasticar ese colágeno debemos de hacer un estiramiento, tenemos que tener en cuenta la resistencia viscosa y elástica del tejido conectivo, ya que lo que pretendemos es que el tejido consiga una deformación elástica (se estira y vuelve a su posición original) y no plástica (no vuelve a la posición original, sino que se queda parcialmente estirado)³⁶.

Los factores elásticos reaccionan ante esfuerzos de tracción de poca intensidad, que desaparecen cuando se interrumpe el esfuerzo recuperando su forma original. Son los que pretendemos conseguir con el masaje perineal.

Los factores viscosos reaccionan con mayor lentitud a los estiramientos, por lo que estos han de ser lentos, de menor intensidad y con mayor tiempo de aplicación (continuos o repetidos), pero sus propiedades provocarán cambios más duraderos en la estructura del tejido, ya que la deformidad (plástica)

perdura incluso después de liberar la tensión que provocaba el estiramiento. A esto se le denomina laxitud y puede causar disfunción de incontinencia urinaria al no poder tensar la vagina con el grado suficiente para el cierre de la uretra³⁶.

El estiramiento del tejido conectivo aumenta su resistencia de manera logarítmica, de forma que con un pequeño aumento de la fuerza al inicio del estiramiento (primeras sesiones), la flexibilidad aumenta rápidamente. La resistencia irá aumentando junto con la elongación del tejido y cerca del límite solo se conseguirán pequeños aumentos de elasticidad tisular, aunque se aplique una fuerza considerable^{37,38}.

1.4.2. Técnica de realización

La técnica comienza con la posición de la paciente, que ha de estar cómoda y en posición ginecológica con un soporte en la parte posterior del tronco³⁴.

Varios estudios han demostrado que es importante lubricar nuestros dedos, por la parte exterior de los guantes, antes de comenzar con el masaje. Para ello podemos utilizar productos como aceite vegetal³¹, aceite de almendras³³ o lubricante hidrosoluble³¹.

Estudios recomiendan la previa realización de ejercicios de Kegel para familiarizarse con la relajación del suelo pélvico y aprender a controlar esta musculatura^{31,40}. Estos ejercicios se basan en el fortalecimiento de la misma³⁹.

A continuación y una vez que la paciente se encuentra relajada, el fisioterapeuta introduce uno o dos dedos en la vagina de la paciente a una profundidad de 3-4cm⁴ hasta alcanzar los 5 cm³⁰.

Una vez alcanzados los 5cm de profundidad, se comienza con la realización del masaje. Autores como Avery & Van Arsdale (1987) describen que el deslizamiento de los dedos tiene que dibujar una "U" mientras se estiran y mantienen en tensión los tejidos. Sin embargo otros autores consideran de mayor importancia centrarse más en el estiramiento y su mantenimiento, como Labrecque and cols. (1994, 2000) o en la dirección de los dedos, como Shipman et al. (1997), que divide de forma transversal al suelo pélvico en una mitad superior y otra inferior y describe que el masaje ha de hacerse en todo el recorrido de la mitad inferior.

Debe notarse una sensación de tensión y resistencia pero no dolor porque si no provocaría una contracción muscular y no se podría realizar la técnica.

También puede realizar el masaje perineal la propia paciente, en este caso se denomina automasaje y se utilizan ambos pulgares introduciéndolos en la vagina hacia el ano y realizando la técnica siguiendo la misma dirección que la anteriormente descrita. Sin embargo de esta manera la técnica no es tan pura ya que la dificultad es mayor, los pulgares no alcanzan los 5cm de profundidad tan fácilmente (solo se llegan a introducir 3-4cm) y no permite a la paciente una relajación completa³⁰.

1.4.3. Frecuencia y duración.

En cuanto a la frecuencia de realización del masaje perineal no todos los estudios están de acuerdo, hay diversas opiniones, por lo que es un procedimiento que debería continuar en investigación.

En algunos estudios se observó que la frecuencia de realización del masaje perineal era inversamente proporcional a la reducción del riesgo de desgarros perineales que requerían sutura. La aplicación de la técnica hasta 1,5 veces por semana demostró una reducción del 16%, de 1,5 a 3,4 veces por semana la reducción descendió al 8% y su aplicación más de 3,5 veces por semana no demostró resultados satisfactorios significativos^{26,31,32}. Así mismo el Queensland Clínicul Guidelines (Departament of health. Queensland 2015) recomienda que su aplicación no supere las 3 veces cada 15 días (1,5 veces/semana).

En cuanto a la duración del masaje perineal se aconseja que este se aplique de 4 a 10 minutos y que cada repetición tenga una duración de unos 2 minutos con la técnica descrita anteriormente³⁴.

1.4.4. Indicaciones y Contraindicaciones

En cuanto a las indicaciones, el masaje perineal va dirigido a todas las embarazas, sin embargo estudios han demostrado que solo presentan beneficios significativos respecto a la reducción de traumatismos perineales y por lo tanto la reducción de disfunciones en el postparto, en aquellas mujeres que no habían experimentado previamente un parto vaginal o en multíparas que habían sido sometidas a episiotomía anteriormente³¹.

En cuanto a las contraindicaciones no se habla mucho en los estudios pero podemos citar las infecciones en la zona genital externa e interna, cáncer y alteraciones de la sensibilidad³².

No se describen efectos adversos de la técnica en ningún artículo revisado.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. JUSTIFICACIÓN

Las mujeres embarazadas muchas veces sufren patologías o daños relacionados con el parto, en este caso el parto vaginal, pero no se le da la importancia que tiene debido a que en la sociedad sigue siendo algo normalizado.

Se realizó esta revisión con el fin de conocer la calidad metodológica de la literatura científica con respecto al masaje perineal y difundir sus resultados para poder emplearla como una técnica preventiva preparto, ya que es una herramienta poco conocida, pero no por ello poco importante, de la que es necesario realizar más estudios y que se inculque como un hábito de salud en la sociedad.

2.2. OBJETIVOS PRINCIPALES

Analizar la eficacia del masaje perineal como prevención de:

- Las lesiones que pueden acontecer durante el parto:
 - Episiotomías.
 - Desgarros. Analizaremos la eficacia para los desgarros atendiendo a su clasificación en función de la gravedad.
- Las disfunciones que pueden acontecer posteriormente, en este caso a los tres meses tras el parto vaginal, en las que analizamos:
 - La dispareunia.
 - La incontinencia urinaria.
 - La incontinencia anorrectal (fecal y de flatos).
 - Los prolapsos de órganos pélvicos.

2.3. OBJETIVOS SECUNDARIOS

Conocer alguna de las repercusiones de esas disfunciones y como interfiere en ellas el masaje perineal. En los objetivos secundarios analizamos:

- La satisfacción sexual.
- El dolor perineal.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

Este estudio es una revisión bibliográfica a cerca del masaje perineal para constatar su evidencia científica como un método preventivo de las lesiones ocurridas durante el parto y las posibles disfunciones que pueden acontecer durante el postparto. Para esta revisión solo se han utilizado ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados y ensayos controlados aleatorizados (ECAs).

3.2. BASES DE DATOS UTILIZADAS Y PALABRAS CLAVE

Para llevar a cabo la búsqueda de información para la revisión se utilizaron las siguientes bases de datos científicas: *PubMed/MEDLINE*, *PEdro* y *la Biblioteca Cochrane Plus*. Para la obtención de artículos no disponibles en las anteriores bases de datos se recurrió a su búsqueda manual (mediante el título del artículo que queríamos encontrar) en *Google Académico*.

Además se consultó de forma manual *Almena*, base de datos de todas las bibliotecas pertenecientes de la Universidad de Valladolid, para la búsqueda de libros y revistas científicas.

En cuanto a la realización de la búsqueda se introdujeron las siguientes palabras clave; “perineal massage”, “perineal trauma”, “prevention”, “postdelivery disfunctions”, “pregnancy”, “efficacy” y “vaginal delivery”.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los estudios que se seleccionaron debían evaluar la eficacia de esta técnica en cuanto a la incidencia de los traumatismos perineales y las disfunciones postparto. Además fue criterio de inclusión que la muestra fuesen mujeres embarazadas que comenzasen a ser intervenidas con el masaje perineal en la semana 34-35 de gestación y que fuese la primera vez que se les realizaba.

Se excluyeron todos aquellos artículos realizados en animales, estudios en los que la muestra presentaba un embarazo patológico y aquellos estudios en

los que, finalmente, el parto no fue vaginal o sí que lo fue pero se utilizaron ayudas técnicas como fórceps, ventosas... También fue criterio de exclusión la realización simultánea de otra técnica con el mismo objetivo o que pudiese alterar los resultados del estudio.

3.4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una primera búsqueda (búsqueda fundamental) en la que la estrategia que se utilizó estaba compuesta por el tema a desarrollar (masaje perineal) para actualizarse e informarse sobre el mismo.

En esta búsqueda inicial se excluyeron aquellos cuyo título o abstract se desviaban del tema o no cumplían alguno de los criterios de inclusión y aquellos que no estaban disponibles a texto completo.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en PEDro.

Términos de búsqueda	Artículos totales	Artículos incluidos
pregnancy AND perineal trauma AND perineal massage AND prevention AND efficacy”	8	5

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en Biblioteca Cochrane Plus.

Términos de búsqueda	Artículos totales	Artículos incluidos
“perineal massage AND perineal trauma”	13	8

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en PubMed/MEDLINE.

Términos de búsqueda	Filtros Adicionales	Artículos totales	Artículos incluidos
“perineal massage AND prevent* AND (perineal trauma OR episiotomy OR laceration) AND (physiotherapy OR physical therapy)”	Últimos 10 años Humanos Clinical trial Randomized controlled trial Congresses Journal article Comparative study Review Systematic review	13	6
“(perineal laceration* OR	Últimos 5 años Humanos		

perineal tear*) after delivery AND classification”	Congresses Journal article Review Systematic review	3	1
“episiotomy [TI] AND (classification OR types) NOT genital mutilation”	Últimos 5 años Humanos Congresses Journal article Review Systematic review	2	1
(woman OR women) NOT (man OR men) AND urinary incontinence AND (anal OR fecal) incontinence AND (after vaginal delivery OR postdelivery) NOT ventouse NOT forceps NOT cesarean NOT malformations	Últimos 5 años Humanos Congresses Journal article Review Systematic review	12	8

En cuanto a la búsqueda manual en *Google Académico* se obtuvieron 3 artículos, los cuales no estaban disponibles en las bases de datos anteriores.

A continuación se realizó una búsqueda en *Almena* para recopilar información en relación al tema principal.

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en *Almena*.

Términos de búsqueda (palabras clave)	Filtros adicionales	Referencias totales	Referencias incluidas
“Trauma perineal”	10 últimos años	5	0
“Prolapso órganos pélvicos”	10 últimos años	1	1
“Dispareunia”	-	0	0
“Incontinencia”	10 últimos años	4	1
“Suelo pélvico”	10 últimos años	3	2
“Fisioterapia, obstetricia, ginecología”	-	1	1
“Atlas anatomía humana”	5 últimos años	23	3
“Tejido conectivo”	10 últimos años	2	2
“Estiramientos”	10 últimos años	17	9

Esta base de datos realiza búsquedas poco específicas por lo que la mayoría de sus referencias fueron descartadas por desviarse del tema.

Tras las referencias obtenidas se realizó una búsqueda manual en la biblioteca del Campus de Soria (Universidad de Valladolid) en las secciones 615.8. *Fisioterapia*, 618.1. *Ginecología* y 618.2. *Obstetricia*, en las que se encontraron 2 libros válidos no descritos anteriormente con referencias a la dispareunia, prolapsos de órganos pélvicos e incontinencia urinaria y fecal y un libro válido con referencias a los estiramientos y el tejido conectivo.

En segundo lugar se realizó una búsqueda más específica (búsqueda relevante), en la que se describieron los elementos concretos para llegar a los objetivos propuestos en esta revisión.

Para desarrollar una estrategia de búsqueda relevante adecuada se dividió en los siguientes apartados:

- Paciente o problema: la muestra que se quería estudiar eran mujeres con un embarazo no patológico en las que se estudiaron las lesiones producidas durante el parto vaginal y sus posteriores disfunciones.
- Intervención: masaje perineal.
- Resultados: aquellos referentes a la eficacia del método.

Tabla 5. Estrategia de búsqueda relevante en PubMed/MEDLINE.

Términos de búsqueda	Filtros adicionales	Referencias totales
“(women OR woman) AND pregnan* NOT pathology pregnan*AND perineal trauma AND perineal massage AND prevent* AND (efficacy OR effective)”	Humans	4 (se incluyen todas)
“(women OR woman) AND pregnan* NOT pathology pregnan*AND perineal trauma AND perineal massage AND prevent* AND (efficacy OR effective)”	Humans Clinical trial Controlled clinical trial Randomized controlled trial	2 (se incluyen todas)

Tabla 6. Estrategia de búsqueda relevante en PEDro.

Términos de búsqueda	Artículos totales
“pregnancy AND perineal trauma AND perineal massage AND prevention AND efficacy”	1 (se incluye)

Tabla 7. Estrategia de búsqueda relevante en Biblioteca Cochrane Plus.

Términos de búsqueda	Artículos totales
“pregnancy AND perineal trauma AND perineal massage AND prevention AND efficacy”	1 (se incluye)

3.5. SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se seleccionaron únicamente ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados y ensayos controlados aleatorizados. Los artículos incluidos fueron:

1. “Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy.” (Labrecque M, Eason E, Marcoux S, et al. 1999).
2. “Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial”. (Stamp G, Kruzing G, Crowther C. 2001)
3. “Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery”. (Labrecque M, Eason E, Marcoux S, et al. 2000).

3.6. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

Se analizaron los artículos seleccionados, realizando una evaluación de calidad mediante dos escalas, que se anexan al final de esta revisión; PEDro Scale y CONSORT 2010 checklist of information.

Tabla 8. Evaluación de calidad de los estudios seleccionados en la escala de PEDro.

CRITERIO	Art. 1	Art. 2	Art. 3
1. Criterios de selección	1/1	1/1	1/1
2. Asignación aleatorizada	1/1	1/1	1/1
3. Asignación oculta	0/1	1/1	0/1
4. Comparación con datos de base	1/1	1/1	1/1

5. Ciego de los participantes	0/1	0/1	0/1
6. Ciego clínico	1/1	0/1	0/1
7. Ciego de los evaluadores	1/1	0/1	1/1
8. Seguimiento adecuado	1/1	1/1	0/1
9. Análisis de intención de tratar	1/1	1/1	1/1
10. Análisis entre grupos	1/1	1/1	1/1
11. Medidas puntuales y variabilidad	1/1	1/1	1/1
PEDro Score	Total:	8/10	7 /10
			6 /10

Tabla 9. Evaluación de calidad de los estudios seleccionados según el CONSORT 2010 checklist of information.

Sección	Tema	Nº Item	Art. 1	Art.2	Art.3
Título y Abstract	-	1a	√	√	√
		1b	√	√	√
Introducción	Antecedentes y objetivos	2a	√	√	√
		2b	√	√	√
Métodos	Ensayo	3a	x	x	√
		3b	x	x	x
	Participantes	4a	√	√	√
		4b	√	√	√
	Intervenciones	5	√	√	√
	Resultados	6a	√	√	x
		6b	x	x	x
	Tamaño muestral	7a	√	√	√
		7b	√	√	x
	Aleatorización	8a	√	√	x
		8b	√	x	√
	Asignación	9	√	x	√
	Implementación	10	√	√	√
	Ciego	11a	√	x	√
		11b	√	x	x
	Métodos estadísticos	12a	√	√	√
12b		√	√	x	
Resultados	Participant flow	13a	√	√	√
		13b	x	√	x
	Reclutamiento	14a	x	√	√
		14b	x	√	x
	Referencia	15	√	√	√

	Nº analizados	16	√	√	√
	Resultados y estimación	17a	√	√	√
		17b	x	x	x
	Análisis secundario	18	√	√	x
	Daños	19	x	x	x
Discusión	Limitaciones	20	x	x	x
	Generalidades	21	x	x	x
	Interpretación	22	√	√	√
Otra información	Registro	23	√	√	√
	Protocolo	24	x	√	x
	Financiación	25	x	√	x
Puntuación:			25/37	26/37	21/37

A continuación se resumen las estrategias de búsqueda únicamente sobre el tema principal y los artículos seleccionados.

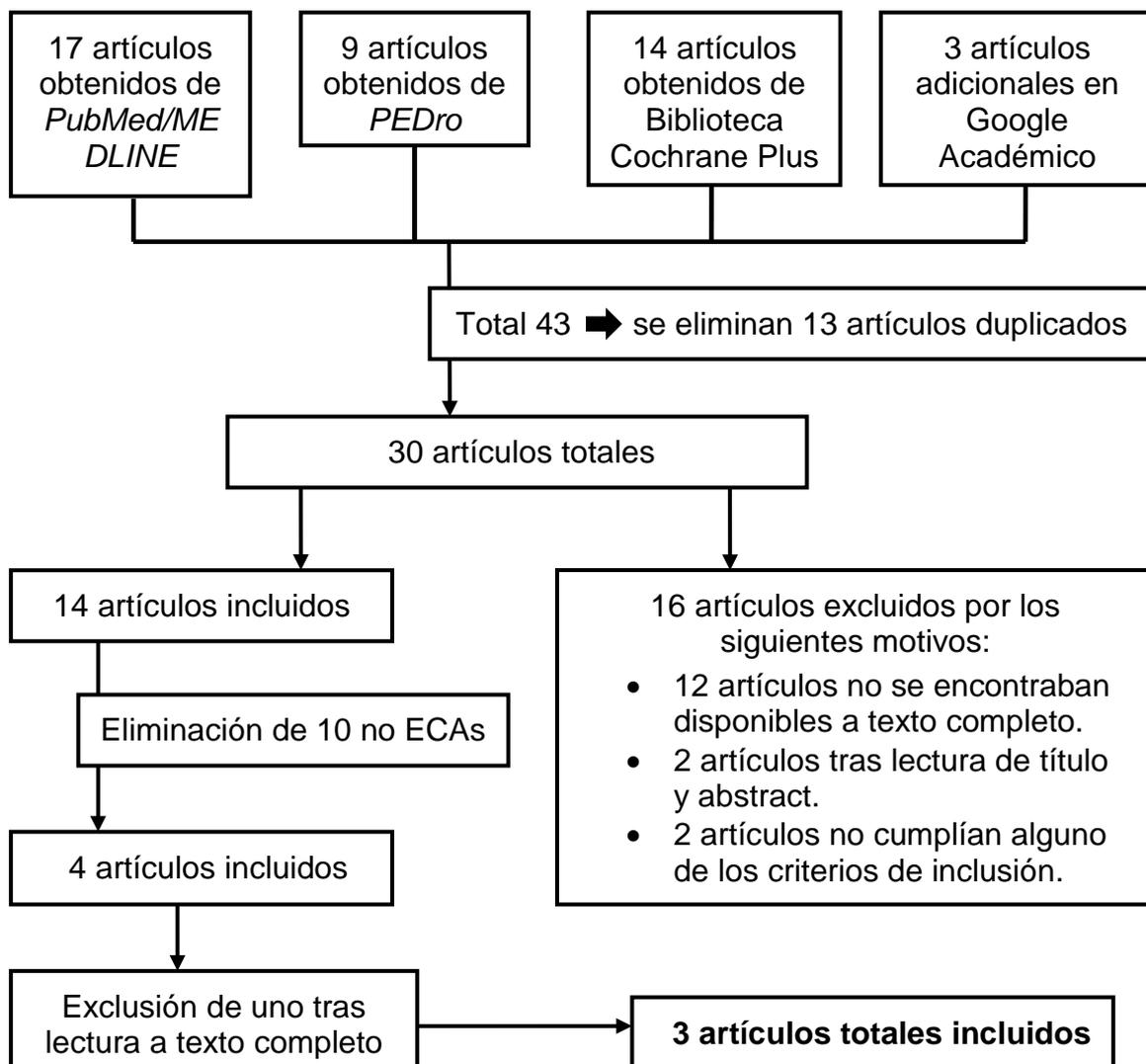


Figura 1. Diagrama de estrategia de búsqueda y selección de artículos.

4. RESULTADOS

En los estudios seleccionados todas las participantes fueron mujeres con un embarazo sin riesgo y que cumplían el resto de criterios de inclusión, de las cuales una parte de la muestra eran nulíparas y la otra parte ya habían tenido algún parto vaginal previamente.

Ambas se dividieron, en todos los estudios, entre un grupo de control en el cual no se realizó ninguna técnica y un grupo de intervención en el cual se aplicaba el masaje perineal.

4.1. RESULTADOS DEL ARTÍCULO 1: Labrecque M, Eason E, Marcoux S, et al. 1999.

4.1.1. Características del Estudio.

- **Tipo de estudio:** Ensayo controlado aleatorizado.
- **Participantes:** Comenzaron el estudio un total de 1527 participantes, de las cuales solo lo finalizaron 1522. A continuación se muestran los participantes en los subgrupos.

Tabla 10. Número de participantes del estudio 1 divididos en subgrupos.

	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Inicio del estudio	519	515	246	247
Finalización del estudio	518	512	245	247

- **Edad de las participantes:** Las participantes del estudio presentaban una media de edad de 29,4 ± 4,6 años, de las cuales la edad de las nulíparas era 27,9 ± 4,8 años y la de las multíparas 30,9 ± 4,3 años.
- **Duración del estudio:** 16 meses.

4.1.2. Características de la Intervención.

El masaje perineal se aplicó en el grupo de intervención, además proporcionarles información al respecto. Esta técnica se realizaba desde la semana 34-35 de embarazo hasta el parto durante 10 minutos todos los días.

Las mujeres pertenecientes al grupo control no tuvieron intervención de masaje perineal, pero recibieron los cuidados obstétricos habituales.

4.1.3. Características de los Resultados.

Se describen los resultados acorde a las lesiones perineales desarrolladas en este estudio (lesiones que acontecen en el momento del parto; desgarros perineales y episiotomías) y expuestas en el apartado de objetivos, mediante la siguiente tabla:

Tabla 11. Resultados subdivididos en las lesiones perineales.

Lesión Perineal	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Desgarro G-I	14,6%	18,5%	23%	22,4%
Desgarro G-II	23,6%	23%	26,8%	27,4%
Desgarro G-III / G-IV	2,4%	2,9%	0,4%	0,8%
Episiotomía	27%	30,9%	14,9%	17%

4.2. RESULTADOS DEL ARTÍCULO 2: Stamp G, Kruzings G, Crowther C. et al. 2001

4.2.1. Características del Estudio.

- **Tipo de estudio:** Ensayo controlado aleatorizado.
- **Participantes:** En este caso al inicio del estudio había un total de 1340 participantes, de las cuales no abandonaron el estudio realizado, a los tres meses tras el parto, un total de 939 mujeres. A continuación se realiza una división de los participantes al inicio en subgrupos.

Tabla 12. Número de participantes al inicio del estudio 2 divididos en subgrupos.

	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Inicio del estudio	353	332	355	300

- **Edad de las participantes:** La muestra presentaba una media de edad de 27,58 años, de las cuales la media de edad de las nulíparas era 26,05 años y la de las múltiparas 29,1 años.

4.2.2. Características de la Intervención.

El estudio describe la realización del masaje perineal en el grupo intervenido, a partir de la semana 36 de embarazo, con la aplicación de un lubricante soluble en agua.

4.2.3. Características de los Resultados.

El estudio analiza tanto las lesiones que acontecen en el parto, como las disfunciones que se producen posteriormente. En cuanto a las disfunciones postparto, esta revisión solo describe aquellas que persisten a los tres meses tras el parto.

No se subdividen los grupos entre nulíparas y múltiparas.

Tabla 13. Resultados principales subdivididos en las lesiones perineales.

Lesión Perineal	Muestra (nulíparas + múltiparas)	
	Intervención	Control
Desgarro G-I	17,23%	16,77%
Desgarro G-II	26,84%	25,95%
Desgarro G-III	1,69%	3,64%
Desgarro G-IV	0%	0,16%
Episiotomía	24,85%	26,9%

Tabla 14. Resultados principales subdivididos en las disfunciones a los 3 meses del parto.

Disfunción a los 3 meses del parto	Muestra (nulíparas + múltiparas)	
	Intervención	Control
Dispareunia	15,51%	15,6%
Incontinencia urinaria	24,45%	26,38%
Incontinencia anorrectal	7,16%	8,03%

No estudia los prolapsos de órganos pélvicos por lo que no hay resultados al respecto.

Tabla 15. Resultados secundarios subdivididos en las disfunciones a los 3 meses del parto.

Disfunción a los 3 meses del parto	Muestra (nulíparas + multíparas)	
	Intervención	Control
Dolor perineal	11,5%	12,38%

4.3. RESULTADOS DEL ARTÍCULO 3: Labrecque M, Eason E, Marcoux S, et al. 2000

4.3.1. Características del estudio

- **Tipo de estudio:** Ensayo aleatorizado.
- **Participantes:** Se dio comienzo a este estudio con un total de 1198 participantes, de las cuales solo lo finalizaron 949. Se muestran en la siguiente tabla los subgrupos de la muestra que finalizó el estudio.

Tabla 16. Número de participantes al finalizar el estudio 3 divididos en subgrupos.

	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Finalización del estudio	283	289	187	190

- **Edad de las participantes:** entre las participantes de este estudio se observó una media de edad de 30,8 ± 4,3 años, de las cuales la edad de las nulíparas era 28,7 ± 4,5 años y la de las multíparas 31,45 ± 4,1 años.
- **Duración del estudio:** 11 meses.

4.3.2. Características de la intervención

En el grupo de intervención se realizó el masaje perineal desde la semana 34-35 de embarazo hasta el parto, con una frecuencia de ≥4 veces a la semana, durante 10 minutos.

En el grupo control no se realizó ninguna técnica, tanto dentro del estudio, como fuera de él para no interferir en los resultados.

4.3.3. Características de los resultados

Tabla 17. Resultados principales subdivididos en las lesiones perineales.

Lesión Perineal	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Desgarro G-I	14%	18,4%	23,8%	22,6%
Desgarro G-II	27,5%	25,9%	26,5%	28,5%
Desgarro G-III / G-IV	8,7%	12,6%	0%	0,5%
Episiotomía	25,3%	28%	14,9%	16,7%

Tabla 18. Resultados principales subdivididos en las disfunciones tres meses tras el parto.

Disfunción postparto	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Dispareunia	62,1%	64%	32,5%	35,5%
Incontinencia Urinaria	26,5%	28,7%	33,7%	38,9%
Incontinencia Fecal	3,2%	3,1%	1,6%	4,2%
Incontinencia de Flatos	26,6%	23,5%	26,7%	25,8%

Este artículo tampoco estudia los prolapsos de órganos pélvicos, por lo que no existen resultados al respecto.

Tabla 19. Resultados secundarios a los tres meses tras el parto.

Parámetros	Nulíparas		Multíparas	
	Intervención	Control	Intervención	Control
Dolor perineal	62,1%	64%	32,5%	35,5%
Satisfacción Sexual (porcentaje de pacientes que se definieron como “muy satisfechas”)	26%	23,7%	32,6%	34,6%

A continuación se ha realizado una tabla-resumen para una observación más visual y obtención de datos con mayor brevedad, del contenido de estos estudios.

Tabla 20. Cuadro-resumen del contenido de los estudios seleccionados.

Artículo	Características del estudio				Características de la intervención	Características de los resultados	
	Tipo de estudio	Duración del estudio	Participantes				Edad de los participantes (años)
Labrecque M. et al (1999)	Ensayo controlado aleatorizado	16 meses	Inicio 1527	Final 1522	Edad media total: 29,4 ± 4,6 Edad media nulíparas: 27,9 ± 4,8 Edad media multíparas: 30,9 ± 4,3	Grupo de intervención: masaje perineal + información al respecto. Se realizaba desde la semana 34-35 de embarazo hasta el parto durante 10 minutos todos los días. Grupo control no fueron intervenidas con el masaje perineal, pero recibieron los cuidados obstétricos habituales.	(Ver tabla 11)
			NI: 519	NI: 518			
			NC: 515	NC: 512			
			MI: 246	MI: 245			
			MC: 247	MC: 247			
Stamp G. et al (2001)	Ensayo controlado aleatorizado	-	Inicio 1340	Final 939	Edad media total: 27,58 Edad media nulíparas: 26,05 Edad media multíparas:	Realización del masaje perineal en el grupo intervenido, a partir de la semana 36 de embarazo, con la aplicación de un lubricante soluble en	(Ver tablas 13, 14 y 15)
			NI: 353				
			NC: 332				
			MI: 355				

			MC: 300		29,1	agua.	
Labrecque M. et al (2000)	Ensayo aleatorizado	11 meses	Inicio 1198	Final 1522	Edad media total: 30,8 ± 4,3 Edad media nulíparas: 28,7 ± 4,5 Edad media multíparas: 31,45 ± 4,1	Grupo intervención: masaje perineal desde la semana 34-35 de embarazo hasta el parto. Frecuencia de ≥4 veces a la semana, 10 minutos. Grupo control: no se realizó ninguna técnica.	(Ver tablas 17, 18 y 19)
				NI: 283			
				NC: 289			
				MI: 147			
				MC: 190			

NOTAS:

NI: Nulíparas grupo intervención.

NC: Nulíparas grupo control.

MI: Multíparas grupo intervención.

MC: Multíparas grupo control.

5. DISCUSIÓN

Tras realizar esta revisión bibliográfica, parece que el masaje perineal es eficaz como técnica preventiva de las lesiones producidas en el parto y sus posteriores disfunciones, sin embargo, esta afirmación no puede generalizarse, ya que la mayoría de los resultados de los estudios descritos anteriormente no muestran valores significativos, además de depender de la población a la que se dirija (en muchas de las patologías hay grandes diferencias sobre la eficacia de esta técnica entre las nulíparas y las multíparas)^{31,32,40}.

Una vez analizados los resultados obtenidos de cada uno de los 3 estudios y teniendo en cuenta los objetivos principales y secundarios, se desarrolla esta discusión en función de los mismos.

En cuanto a los desgarros perineales la eficacia de esta técnica radica en el grado de gravedad. En uno de los estudios, no se encontraron grandes diferencias entre el grupo control y el grupo de intervención. Sin embargo, sí que observó que en aquellas mujeres que no habían tenido previamente un parto vaginal y que se les había aplicado este masaje, los desgarros de grado I descendían su incidencia un 3,9%³¹, al igual que otro estudio que se realizó posteriormente, en el que descendía un 4,4%. Además, en esta ocasión observó que la probabilidad de que se diesen desgarros de grado III y IV en nulíparas intervenidas esta técnica, disminuía en un 3,9%⁴⁰.

Por otro lado, otro estudio concluía que los desgarros de grado I y II presentaban valores similares en el grupo experimental y en el de control, pero los resultados para los desgarros de grado III eran algo menores (1,95%) en las mujeres que se les había practicado el masaje perineal³².

Los 3 estudios concluyen en que la tasa de realización de episiotomías disminuye aplicando el masaje perineal, con valores similares en nulíparas y multíparas, aunque algo más eficaces para este primer grupo, lo cual es muy beneficioso ya que las mujeres que no han tenido ningún parto vaginal previamente son más vulnerables a que se les practique esta incisión quirúrgica^{31,32,40}.

El masaje perineal demostró resultados beneficiosos sobre la dispareunia, ya que se observó una disminución de esta patología cuando se aplicaba la técnica, tanto en nulíparas como en multíparas pero mayor para este segundo

grupo muestral (disminución del 1,9% y 3% respectivamente)⁴⁰, por el contrario, en otro estudio, esta disfunción mostraba valores similares tanto en el grupo de intervención como en el de control³².

En cuanto a la incontinencia urinaria, el masaje perineal reduce su incidencia de manera significativa en mujeres multíparas (disminución del 5,2%), aunque también lo reduce, pero en menor medida, en las nulíparas (disminución del 2,2%)⁴⁰. Sin embargo, en otro estudio mostraba resultados parejos tanto realizando la intervención como no realizándola³².

La incontinencia anorrectal fue estudiada, dando valores similares en las mujeres que se les realizaba el masaje perineal y en las del grupo control³². Sin embargo otro estudio dividía esta incontinencia en incontinencia fecal e incontinencia de flatos. Cabe destacar que, en esta primera, se observó que el masaje perineal disminuía en un 2,6% la probabilidad de padecerla en las mujeres con partos vaginales previos. Como contraposición también se demostró que realizar esta técnica aumentaba el riesgo de padecer incontinencia de flatos en las mujeres nulíparas en un 3,1%⁴⁰.

Entre los objetivos secundarios de esta revisión encontramos el dolor perineal, que no muestra resultados dispares entre el grupo control y el grupo intervenido³². Otro estudio, destaca que esta disfunción postparto disminuye su incidencia cuando previamente se ha aplicado el masaje perineal, especialmente en las mujeres con partos vaginales anteriores (reducción del 3%)⁴⁰.

Otro de los objetivos secundarios es la satisfacción sexual, la cual solo fue estudiada en el artículo. Los porcentajes de la muestra que se define como "muy satisfecha" en el ámbito sexual son mayores en los grupos que fueron intervenidos con el masaje perineal, tanto en mujeres nulíparas como en multíparas (aumento del 2,3% y 2% respectivamente)⁴⁰.

Cabe destacar que la calidad de estos estudios, como se muestra en las *tablas 8 y 9*, es mayor en dos de los estudios^{31,32}, datos que hay que tener en cuenta en esta discusión.

Al analizar la muestra, la población de estos estudios era más homogénea, en cuanto a los grupos control e intervención en dos de los estudios^{31,40}.

Los artículos publicados con evidencia científica y calidad suficientes muestran que el masaje perineal es una técnica beneficiosa para conservar un periné intacto tras el parto vaginal, ya que incrementa la elasticidad tisular. Sin embargo, dada la escasez de citados estudios y de bibliografía más abundante, la primera afirmación pudiera tildarse de apriorística y por tanto deberían realizarse más estudios al respecto.

6. CONCLUSIÓN

El masaje perineal es eficaz para la prevención de desgarros, especialmente en las mujeres que no han tenido previamente partos vaginales.

La incidencia de episiotomías disminuye al aplicar el masaje perineal.

La dispareunia también se ve disminuida cuando se realiza esta técnica.

La incontinencia urinaria es menor en mujeres que se les aplica el masaje perineal, especialmente si han tenido anteriormente partos vaginales.

Incontinencia anorrectal; las mujeres multíparas que hayan sido intervenidas con esta técnica tienen menos probabilidad de padecer incontinencia fecal. En cuanto a la incontinencia de flatos aumenta su incidencia al aplicar el masaje perineal en mujeres nulíparas.

No se ha probado la eficacia del masaje perineal en cuanto a los prolapsos de órganos pélvicos.

La satisfacción sexual aumenta cuando se aplica este tipo de masaje.

En el dolor perineal su incidencia es menor al realizar masaje perineal, especialmente en multíparas.

Hacen falta más estudios de alta calidad metodológica sobre esta temática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva WA, Karram MM. Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Minerva Ginecol*; 2004; 56(4): 283-302.
2. Walker C. *Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología*. Ed. Elsevier Masson; 2013; 17-25, 219-223.
3. Moore KL, Dalley AF, Agur AM. *Anatomía con orientación clínica*. Ed. Médica Panamericana; 2007.
4. Hjartardottir S, Nilsson J, Petersen C, Lingman G. The female pelvic floor: a dome-not a basin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997; 76(6): 567-571.
5. Kearney R, Sawhney R, Delancey JO. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *Obstet Gynecol*. 2004; 104(1): 168-173.
6. Aadheim V, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2011;(12):CD006672.
7. DeLancey JOL. Standing anatomy of the pelvic floor. En: Bent AE, Ostergard DR, Cundiff GW, Swift SE, editors. *Urogynecology and pelvic floor dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
8. Ostergard S. *Urogynecology and pelvic floor dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
9. J. Ylinen. Estiramientos terapéuticos. Ed. Elsevier Masson 2009; sección I;3-4, 36-37.
10. Martínez Galiano JM. *Manual de Asistencia al Parto*. Ed. Elsevier 2013; Capítulo 2; 21-22.
11. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto: Elementos de anatomía y bases de ejercicios. Ed. Los libros de la liebre de marzo. 1998; El periné y el parto;86.
12. Kettle C. Perineal Care. *Clin Evid* 1999; 2; 522-532.
13. Premkumar G. Perineal trauma: reducing associated postnatal maternal morbidity. Ed. *Midwives* 2005; 8(1); 30-32.
14. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG). *Perineal Repair*. London (UK): Guideline; nº23.2004.

15. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P, et al. Traditional Care of Perineum During Birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1076 women. *Journal of Reproductive Medicine* 2002; 47(6); 477-482.
16. Albers S, Sedler D, Bedrick E, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma birth: a randomized trial. *Journal of Midwifery and Women's health*. 2005;50:365-72.
17. Cunningham GG, Grant NF, Levero KJ, Gilstrap LC, Haut JC, Wenstrom KD, et al. *Williams Obstetricia*. 23^a ed. México DF: McGraw-Hill; 2011.
18. Berzán Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento de elección y no de rutina. *Rev Cient Med* 2014; 17(2): 53-57.
19. Kalis V, Laine K, Leeuw de JW, Ismail KM, Tincello DG. *Clasificación of episiotomy: towards a standardisation of terminology*. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 522 (5).
20. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD et al. Factors related to trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1996; 41(4): 269- 276.
21. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. *Prog Obstet Ginecol*. La episiotomía en España. *Progresos de ginecología obstétrica*. 2006; 51(9): 559-563.
22. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Ginebra: 1999.
23. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163:888–93.
24. Barret G, Pendry E, Peacock, Victor C, Thakar R, Mayonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2000; 107(2):186-195.
25. Walker C. *Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología*. Ed. Elsevier Masson; 2013; Capítulo II; 60-70.

26. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. Técnicas perineales durante el period expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.
27. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103:154-161.
28. Borello-France DF, Handa VL, Brown MB, Goode P, Kreder K, Scheufele LL et al. Pelvic floor muscle function in women with pelvic organ prolapse. *Ed. Phys Ther;* 2007;87:399-407.
29. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ.* 2002; 324:1258-62.
30. Berkman MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No:CD005123. DOI:10.1002/14651858. CD005123. Pub 2.
31. Labreque M, Eason E, Marcoux S, et al. Randomized controlled trial of prevention perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1999; 180(3, pt 1): 593-599.
32. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *BMJ* 2001; 322: 1277-1280.
33. Berkman MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No:CD005123. DOI:10.1002/14651858. CD005123. Pub 3.
34. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 787-791.
35. Jhonson J. 140 Estiramientos Terapéuticos. Ed. Tutor; 2013;17.
36. PE Papa Petros. Suelo pélvico en la mujer. Función, disfunción y tratamiento según la teoría integral. Ed. Mayo Ediciones; 2006; Capítulo 2: 35
37. J. Ylinen. Estiramientos terapéuticos. Ed. Elsevier Masson 2009; sección I; pag.48-49.

38. Neiger H. Estiramientos Analíticos Manuales. Técnicas Pasivas. Ed. Médica Panamericana. 1998; Parte I; Capítulo 2; 29-33.
39. Sahidayana Mohktar M., Ibrahim F., Farahana N, Rozi M. ,et cols. A quantitative approach to measure women's sexual function using electromyography: A preliminary study of the Kegel exercise. *Med Sci Monit.* 2013; 19: 1159–1166.
40. Labreque M, Eason E, Marcoux S, et al. Randomized controlled trial of prevention perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2000; 180(3, pt 1): 593-599.