



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FISIOTERAPIA

Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto.

Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciado en
Fisioterapia

Autor(es):

Asadobay Pagalo Pamela Estefanía
Herrera Romero Carlos Sebastián

Tutor:

Mgs. María Belén Pérez García

Riobamba, Ecuador, 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, Pamela Estefanía Asadobay Pagalo, con cédula de ciudadanía 060545731-6 y Carlos Sebastián Herrera Romero con cédula de ciudadanía 160052914-1, autores del trabajo de investigación titulado: “Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto”, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor de la obra referida será de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, febrero de 2023.



Pamela Estefanía Asadobay Pagalo
C.I: 060545731-6



Carlos Sebastián Herrera Romero
C.I: 160052914-1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FISIOTERAPIA

CERTIFICADO DEL TUTOR

Yo, **Mgs. María Belén Pérez García** docente de la carrera de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Chimborazo, en mi calidad de tutora del proyecto de investigación denominado **MASAJE PERINEAL EN MUJERES EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE UN TRAUMATISMO PERINEAL DURANTE EL PARTO** elaborado por la señorita **PAMELA ESTEFANIA ASADOBAY PAGALO**, y el señor **CARLOS SEBASTIAN HERRERA ROMERO** certifico que, una vez realizadas la totalidad de las correcciones el documento se encuentra apto para su presentación y sustentación.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad facultando al interesado hacer uso del presente para los trámites correspondientes.

Riobamba, 07 de febrero del 2024

Atentamente,

Mgs. María Belén Pérez García

DOCENTE TUTORA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FISIOTERAPIA
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación denominado **MASAJE PERINEAL EN MUJERES EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE UN TRAUMATISMO PERINEAL DURANTE EL PARTO** presentado por la señorita **PAMELA ESTEFANIA ASADOBAY PAGALO**, y el señor **CARLOS SEBASTIAN HERRERA ROMERO** y dirigido por la **Mgs. María Belén Pérez García** en calidad de tutora, una vez revisado el informe escrito del proyecto de investigación con fines de graduación en el cual se constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se procede a la calificación del documento.

Por la constancia de lo expuesto firman:

Dr. Vinicio Caiza Ruiz.
Presidente Del Tribunal De Grado

Firma

Mgs. Sonia Alvarez Carrión.
Miembro Del Tribunal De Grado

Firma

Msc. David Guevara Hernández.
Miembro Del Tribunal De Grado

Firma

Riobamba, 07 de febrero del 2024

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO

en movimiento



UNACH-RGF-01-04-02.20
VERSIÓN 02: 06-09-2021

CERTIFICACIÓN

Que, **ASADOBAY PAGALO PAMELA ESTEFANIA** con CC: **060545731-6**, **HERRERA ROMERO CARLOS SEBASTIÁN** con CC: **160052914-1** estudiante de la Carrera **FISIOTERAPIA, VIGENTE**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"MASAJE PERINEAL EN MUJERES EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE UN TRAUMATISMO PERINEAL DURANTE EL PARTO"**, cumple con el 2%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **TURNITIN**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 30 de enero de 2024



MgS. María Belén Pérez García
TUTORA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios, quien me ha llenado de amor, salud y sabiduría mismas que me han permitido cumplir una meta más en la vida.

A mis padres por su apoyo incondicional y su gran amor el cual me ha impulsado para culminar esta nueva etapa.

A mis hermanos quienes me han enseñado que todo sacrificio tiene su recompensa.

A mis pacientes que me motivan a ser una profesional de calidad.

A mi amiga Erica por regalarme un pedacito de su corazón y su amistad sincera e incondicional.

Pamela Estefanía Asadobay Pagalo

A Dios, por tu amor y tu bondad no tiene fin, me permites sonreír ante todos nuestros logros que son resultados de tu ayuda con gran bendición en todo sentido te lo agradezco padre y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Con todo cariño dedico este proyecto de investigación a mis padres por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mis hermanos que son mis cómplices.

Esposa e hijo que han llegado a mi vida para transformar mis días en algo valioso.

Y a mis futuros pacientes a quienes brindaré un servicio de calidad siempre teniendo en cuenta la ética profesional y la calidez que requieren.

Carlos Sebastián Herrera Romero

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi querida Universidad Nacional de Chimborazo fuente del saber, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la carrera de Fisioterapia que me ha abierto sus puertas para formarme como profesional.

A los docentes por impartir sus conocimientos y experiencias en el ámbito clínico.

A la Mgs. María Belén Pérez García, por su guía, comprensión, tiempo y paciencia que ha permitido culminar exitosamente con nuestro proyecto de investigación.

Pamela Estefanía Asadobay Pagalo

Mi agradecimiento está dirigido a quienes conforman la prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo.

A los docentes por su voluntad y capacidad de enseñanza.

Agradezco a la Mgs. María Belén Pérez García, quien supo orientar, guiar con dedicación y eficiencia el presente trabajo.

Carlos Sebastián Herrera Romero

ÍNDICE

DERECHOS DE AUTORÍA

CERTIFICADO DEL TUTOR

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN..... 13

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO..... 16

2.1 Anatomía del periné o suelo pélvico 16

2.2 Músculos del suelo pélvico 16

2.2 Traumatismo perineal 17

2.2.1 Definición 17

2.2.2 Incidencia 17

2.2.3 Síntomas y factores de riesgo 17

2.2.4 Causas 18

2.2.5 Grados de desgarro perineal 18

2.2.6 Prevención 18

2.3 Masaje perineal..... 19

2.3.1 Definición 19

2.3.2 Descripción de la técnica..... 19

2.3.3 Objetivo 20

2.3.4 Ventajas 20

2.3.5 Efectividad..... 20

2.3.6 Recomendaciones 20

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	22
3.1 Tipo de investigación	22
3.2 Diseño de investigación.....	22
3.3 Método de investigación.....	22
3.4 Nivel de investigación	22
3.5 Población de estudio.....	22
3.5.1 Estrategias de búsqueda.....	22
3.5.2 Criterios de inclusión.....	23
3.5.3 Criterios de exclusión	23
3.6 Métodos de análisis y procesamiento de datos	23
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
4.1 Resultados.....	30
4.2 Discusión	40
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1 Conclusiones.....	42
5.2 Recomendaciones	43
CAPÍTULO VI.....	44
6.1 Propuesta	44
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración con la Escala metodológica de PEDro	25
Tabla 2. Resultados de los artículos analizados	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Diagrama de flujo	24
Gráfico 2. Escala de PEDro	53

RESUMEN

Los partos vaginales poseen el riesgo de traumatismo debido a una rotura espontánea del perineo o la práctica deliberada de episiotomías. Suele ocurrir en el 65 % de las mujeres que han dado a luz por vía vaginal estimando que entre el 80-85 % de esta población adquiere alguna complicación perineal postparto, la Organización Mundial de la Salud menciona que, la incidencia de este evento traumático es de un 31 % correspondiente a los diferentes tipos de parto. La presente de revisión bibliográfica tiene por finalidad evidenciar el efecto beneficioso de los masajes perineales sobre la incidencia del traumatismo perineal en mujeres embarazadas. La investigación fue de tipo documental, así pues, la información fue recopilada de las bases de datos como: PubMed, Cochrane Library, Scopus, Scielo, PEDro y Science Direct, seleccionando 35 artículos con un período de tiempo entre los años 2019 a 2023, previamente evaluados según los criterios de la escala metodológica de PEDro. El masaje perineal proporcionó a las embarazadas grandes beneficios en cuanto al aumento de la elasticidad perineal, reducción significativa del tiempo de parto, disminución de la probabilidad porcentaje de desgarros perineales, episiotomías y complicaciones perineales postparto.

Palabras claves: embarazadas, traumatismo perineal, episiotomía, masaje perineal.

ABSTRACT

The main objective of this research study was to focus on vaginal deliveries that carry the risk of trauma due to spontaneous rupture of the perineum or deliberate episiotomy. It usually occurs in 65% of women who have given birth vaginally, estimating that between 80-85% of this population acquire some postpartum perineal complication. The WHO mentions that the incidence of this traumatic event is 31% corresponding to the different types of birth. The purpose of this literature review is to demonstrate the beneficial effect of perineal massage on the incidence of perineal trauma in pregnant women. The research was of the documentary type, thus, the information was collected from databases such as: PubMed, Cochrane Library, Scopus, Scielo, PEDro and Science Direct, selecting 35 articles with a time period between 2019 and 2023, previously evaluated according to the criteria of the PEDro methodological scale. Perineal massage provided pregnant women with great benefits in terms of increased perineal elasticity, significant reduction of labour time, decreased percentage probability of perineal tears, episiotomies and postpartum perineal complications.

Keywords: pregnant women, perineal trauma, episiotomy, perineal massage.



Firmado electrónicamente por:
MARCOANTONIO
AQUINO ROJAS

Reviewed by:
Mgs. Marco Antonio Aquino
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 1753456134

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La etapa del parto se considera la más alta de este proceso; se refiere al transcurso entre el inicio de la plena dilatación, borramiento y parto cervical del feto. Este lapso es el más peligroso que necesita apropiada intervención (Gaheen & Abo-Hatab, 2021). La mayoría de los partos vaginales implican un traumatismo perineal debido a una rotura espontánea o a una cirugía de episiotomía. (da Costa et al., 2022).

El trauma perineal suele ocurrir en el 65 % de las mujeres que han dado a luz por la vía vaginal, son a su vez debidas a desgarros espontáneos o como consecuencia de una episiotomía y se estima que entre el 80-85 % tienen alguna complicación perineal, de las cuales el 70 % requiere sutura (Muñoz De la Torre et al., 2022). Por lo mencionado anteriormente, el masaje perineal (PM) se ha propuesto como una técnica que aumenta la elasticidad del periné y puede reducir el daño del suelo pélvico (Abedzadeh-Kalahroudi et al., 2019).

La International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y la International Mother Baby Childbirth Organization (IMBCO) en 2018 se desarrolló y lanzó una iniciativa global para brindar orientación y apoyo para una atención segura y respetuosa para las madres y sus bebés. Esta iniciativa es un punto de partida para desarrollar un modelo de atención que transforme las formas tradicionales de atención en una basada en valores entre los proveedores de atención médica y los pacientes, donde las necesidades y expectativas maternas, así como los resultados de salud, impulsen las decisiones, apoyando la autonomía de las mujeres para facilitar una experiencia positiva durante el parto (Martínez-Villafaña et al., 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de traumatismo perineal es del 31 % considerando los diferentes tipos de partos; además, demuestra que el uso limitado de la episiotomía en el parto vaginal sin complicaciones, a diferencia de la episiotomía de rutina, se asocia con un menor riesgo del traumatismo perineal y la necesidad de suturas (Sadler, 2022). En Colombia de enero a junio de 2016 la tasa de episiotomías fue de 30,45 %, siendo la nuliparidad el principal factor significativo; después de esta cirugía la frecuencia de traumatismos perineales disminuyó (Mellizo-Gaviria et al., 2018).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), señala que la episiotomía no debe usarse de forma rutinaria; debe ser selectivo porque se asocia con aumento de desgarros de tercer y cuarto grado, disfunción del esfínter anal. Esta información se confirma en un documento que debe seguirse como regla general; sin embargo, no se han elaborado estadísticas claras sobre las indicaciones y factores de riesgo de esta práctica en nuestra población, ni sobre su impacto en la calidad de vida (Díaz, 2017).

Según estudios realizados en Quito-Ecuador, en el Hospital Carlos Andrade Marín, un desgarro perineal se produce en alrededor del 24,76 % de mujeres, siendo las más propensas a sufrirlo las primigestas. La práctica deliberada de episiotomías durante el parto puede generar problemas para la madre después del parto, asimismo, la edad, peso del recién nacido, desgarros perineales posteriores graves son factores que favorecen la clínica de un traumatismo perineal (Herrera, 2018). Para ello, una de las opciones de tratamiento proporcionado por la fisioterapia uroginecológica es el masaje perineal que según lo detalla la literatura bibliográfica permite el correcto funcionamiento de las estructuras del suelo pélvico. Al momento no existen estudios realizados en la ciudad de Riobamba sobre el traumatismo perineal en mujeres embarazadas.

El embarazo y el trauma obstétrico constituyen componentes de peligro conocidos para el desarrollo de trastornos del piso pélvico y en otros términos destacado no solo por los expertos de la salud, sino además por la población femenil generalmente (Pérez et al., 2019). La mayor parte de los partos vaginales se asocian con algún tipo de traumatismo en el aparato genital femenino. El traumatismo perineal se asocia con una morbilidad significativa a corto y largo plazo.

El masaje perineal es una estrategia preventiva realizado durante las últimas 5 a 6 semanas de un embarazo normal utilizando un lubricante soluble en agua o aceite vegetal para aumentar la flexibilidad muscular en el lugar del parto, aumenta la confianza de la mujer en sí misma acerca de su cuerpo y también implica la cooperación de su pareja (Azón et al., 2021).

También, incrementa el flujo de sangre al perineo, mejorando la circulación y estirando los tejidos para ensanchar la abertura vaginal para el paso del bebé (Dieb et al., 2020). Tiene por objetivo favorecer la relajación y flexibilidad de los tejidos a la entrada de la vagina, facilitando así la apertura del canal vaginal cuando el bebé es expulsado evitando la

laceración proporcionándole a la madre una mejor experiencia durante el parto (Texeira et al., 2022).

La importancia de esta investigación permitió conocer la eficacia de los masajes perineales para la prevención de un traumatismo perineal en mujeres embarazadas durante la labor de parto, asimismo podemos justificar que mediante la aplicación de esta técnica fisioterapéutica se tratará de reducir la incidencia de lesiones perineales durante el parto al ser realizadas por un fisioterapeuta, la mujer embarazada mismo o su pareja con previa orientación profesional.

Tendrá un gran impacto ya que ayudará a disminuir la tasa de episiotomías, problemas de incontinencia urinaria o fecal, dispareunia y dolor perineal que podrían ocasionar el retraso de la formación del vínculo madre e hijo, temor a un próximo embarazo y complicaciones emocionales en su recuperación posparto. Para ello, el objetivo de la presente fue evidenciar el efecto beneficioso de los masajes perineales sobre la incidencia del traumatismo perineal en mujeres embarazadas como tratamiento fisioterapéutico en la preparación del parto para mejorar la elasticidad del suelo pélvico, utilizando documentos bibliográficos relacionados a la patología y la fisioterapia de suelo pélvico.

Palabras clave: traumatismo perineal, masaje perineal, fisioterapia, episiotomías.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Anatomía del periné o suelo pélvico

A nivel anatómico, la región perineal o perineo, es una región en forma de diamante delimitada por los huesos pélvicos y el entramado fibroso óseo. Nos encontramos en la zona anterior, en el borde inferior de la sínfisis del pubis. En los laterales, las ramas isquiopúbicas, el vértice del cóccix y los ligamentos sacrotuberosos (Drake et al., 2020).

En la región perineal, se encuentra el suelo pélvico que es un sistema complejo de músculos y ligamentos que sellan la parte inferior del abdomen, separan la cavidad pélvica del periné y mantienen la posición correcta de los órganos abdomino-pélvicos, conservando su suspensión. El 80 % del suelo pélvico está formado por tejido conjuntivo o fascia y el 20 % restante de tejido muscular, del cual el 80 % son fibras tónicas para facilitar el mantenimiento de sus funciones y el resto son fibras fásicas (Drake et al., 2020) (Lopes et al., 2022).

2.2 Músculos del suelo pélvico

Una de las formas más comunes de agruparla está relacionada con los planos de profundidad. Dividiendo estos, en un plano profundo, medio y superficial (Drake et al., 2020).

- El diafragma pelviano o plano profundo tiene un papel fundamental en la fascia endopélvica y está formado por dos músculos principales, el elevador del ano y el isquiococcigeo, los cuales mantienen una continuidad con la fascia transversal abdominal (Netter, 2019).
- El elevador del ano es un músculo simétrico que recubre la superficie interna de la pelvis interior (Netter, 2019).
Este músculo se divide en tres secciones diferentes, determinadas por la dirección de sus fibras y denominadas fibras puborrectales, fibras pubococcigeas y fibras iliococcigeas (Netter, 2019).
- El músculo isquiococcigeo sirve de refuerzo al elevador del ano (Netter, 2019).
- El diafragma urogenital o plano medio, está formado por el músculo transverso profundo del periné y el esfínter estriado de la uretra, encargados de tensar el suelo de la pelvis y asistir al cierre de la uretra, respectivamente (Drake et al., 2020).
- Por último, el plano superficial formado por cinco músculos denominados isquiocavernoso, bulbocavernoso o bulboesponjoso, transverso superficial del periné, músculo esfínter externo del ano y el constrictor de la vulva (Netter, 2019).

2.2 Traumatismo perineal

2.2.1 Definición

Es cualquier daño a los genitales durante el parto, puede ocurrir un desgarro espontáneo cuando el bebé está saliendo (desgarros perineales de menor a mayor gravedad), o mediante una incisión quirúrgica conocida como episiotomía, o ambas; puede asociarse a morbilidades tanto a corto como a largo plazo (Aquino et al., 2020)(Azón et al., 2021) (Nopitasari et al., 2022) (Oglak & Obut, 2020).

2.2.2 Incidencia

Según (Oglak & Obut, 2020), entre el 85 % y el 91 % de las mujeres han experimentado algún grado de traumatismo durante el parto. Se estima, que aproximadamente un 25 % de la población femenina, sufrirá a lo largo de su vida alguna patología genitourinaria, por lo que se considera un importante problema de salud de gran relevancia tanto a nivel sanitario como por su elevado coste socioeconómico (Jacques, 2022) (Nopitasari et al., 2022).

2.2.3 Síntomas y factores de riesgo

Algunos de sus síntomas asociados son el dolor perineal, incontinencia urinaria, incontinencia fecal y dispareunia (Chen et al., 2022). El dolor perineal causado por el trauma perineal (PT) puede ser intenso y generalmente requiere intervenciones para aliviar el dolor. Los factores de riesgo se asociaron con el PT, como la nuliparidad, los síntomas de prolapso, la mala presentación, las fístulas del recto vaginal, la mayor duración del pujo, la mala posición y los partos vaginales operatorios (la extracción con ventosa, el traumatismo instrumental y la episiotomía). Varios autores han considerado que los síntomas del PT pueden causar alteraciones sociales, mentales y físicas (De la Cueva-Reguera et al., 2020)(Dwilda et al., 2022)(Texeira et al., 2022).

De otro modo, la aparición de un traumatismo perineal puede verse influido por varios factores, como la edad materna, la edad gestacional al nacer, el peso del bebé al nacer, distocia de hombros, posición materna y profesional que asiste al parto. El dolor perineal y la dispareunia son morbilidades posparto frecuentes, y la recuperación del trauma perineal se encuentra entre los principales factores que afectan la reanudación de la actividad sexual durante este período (Farideh et al., 2019)(Jacques, 2022)(Khamseh et al., 2022)(Del Pino Monzón, 2022) .

Por otra parte, tenemos la episiotomía, que durante mucho tiempo se ha considerado protectora, no es eficaz en la prevención de traumatismos perineales, siendo uno de los factores de riesgo más grandes implicados en los desgarros perineales, especialmente los de

III y IV grado, que se producen con mayor frecuencia con la episiotomía media, e incluso puede dar lugar a mayores tasas de traumatismo perineal y a una cicatrización perineal tardía (Del Pino Monzón, 2022)(Farideh et al., 2019).

2.2.4 Causas

La ruptura del perineo puede ocurrirles a todas las madres en trabajo de parto, puede ser primípara o múltipara de grados I a IV. La causa común del desgarro perineal es el parto precipitado, el esfuerzo demasiado fuerte, el edema, la debilidad de la musculatura perineal, el perineo frágil, la flexibilidad en el canal del parto y la acción del parto. Uno de los esfuerzos que se pueden hacer para prevenir el desgarro perineal durante el parto es el masaje perineal. El masaje perineal es una técnica para masajear el perineo durante el embarazo o semanas antes del parto con el fin de aumentar el flujo sanguíneo o la elasticidad del perineo. El aumento de la elasticidad del perineo puede prevenir el desgarro perineal o la episiotomía (Indrayani & Tuasikal, 2020)(Lestari, 2019)(Metwally & Attas, 2020).

2.2.5 Grados de desgarro perineal

El desgarro perineal puede estar asociado con muchas complicaciones tales como; insomnio, ansiedad, retrasos en el vínculo madre-recién nacido y fracaso de la mujer para tener una posición favorable para el amamantamiento. La prevalencia del dolor perineal se ha reportado como un 92 % un día después del parto (Gaheen & Abo-Hatab, 2021).

Los grados de traumatismo perineal se pueden clasificar en primer grado (que afecta a la horquilla, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal), segundo grado (que afecta a la fascia y los músculos del cuerpo perineal), tercer grado (que afecta al esfínter anal) y cuarto grado (que involucra la mucosa rectal) (Biju et al., 2020)(Lestari, 2019) (Venugopal et al., 2022).

Los desgarros de tercer grado se subdividen en tres tipos: (a) menos del 50 % de las fibras del esfínter anal externo está desgarradas; (b) más del 50 % de las fibras del esfínter anal externo están desgarradas; y (c) tanto el esfínter anal externo como el interno están desgarrados. Las lesiones de tercer y cuarto grado se consideran de "alto nivel", ya que se asocian con un mayor riesgo de disfunciones uroginecológicas, sexuales y proctológicas del colon que las de primer y segundo grado (Álvarez et al., 2021).

2.2.6 Prevención

Se sugieren muchas intervenciones para mejorar los resultados perineales posparto: mantener la actividad sexual durante el embarazo, la educación sanitaria prenatal sobre la disfunción del suelo pélvico (DFP), que incluye posturas y tiempos adecuados para la

micción, una dieta rica en líquidos y fibras, el control del peso, dejar de fumar, la higiene perineal y las exploraciones perineales periódicas pueden proteger frente a los desgarros perineales (Dieb et al., 2020).

La prevención de lesiones perineales durante el parto, en particular en la coronación de la cabeza fetal, es una prioridad para todos los obstetras en la sala de parto. Se han estudiado diversas intervenciones durante el parto que podrían prevenir el riesgo de lesiones perineales; incluyen movilización materna, posturas maternas y técnicas de empuje. Su utilidad todavía se debate hoy (Ducarme et al., 2019).

Existe evidencia de que fortalecer los músculos pélvicos puede mejorar la flexibilidad y el control motor, reduciendo el tiempo de la segunda etapa del parto y las posibilidades de traumatismo perineal. En este contexto, el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (PFMT) consiste en ejercicios para mejorar la fuerza, la resistencia, la potencia y la relajación. El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico puede presentar variaciones importantes que inciden en el objetivo final de los ejercicios, los cuales pueden variar en relación al tipo de contracción (rápida o lenta), el número de contracciones e incluso las formas de enseñanza que se pueden realizar de forma individual, supervisada por un profesional cualificado, o en grupo (Gomes Lopes et al., 2022).

2.3 Masaje perineal

2.3.1 Definición

El masaje es una técnica terapéutica histórica que aumenta la relajación de los músculos y la vasodilatación de los vasos sanguíneos. El masaje perineal (MP) prenatal es una técnica que pueden realizar las mujeres embarazadas o sus parejas dentro de las 4 a 6 semanas previas al parto. Se postula que aumenta el flujo de sangre al perineo, mejorando la circulación y estirando los tejidos para ensanchar la abertura vaginal para el paso del bebé. Además, imita el efecto de la cabeza del niño durante el parto; por lo tanto, facilita el trabajo (Abdelhakim et al., 2020)(Dieb et al., 2020).

2.3.2 Descripción de la técnica

El masaje perineal se describió como la aplicación de aceite lubricante, aceite de oliva en las manos y la vagina para facilitar el movimiento de las manos, y la colocación de uno o dos dedos (preferiblemente el índice y el medio) de 3 a 4 cm en la entrada de la vagina, primero aplicando y manteniendo presión hacia abajo durante dos minutos y luego otros dos minutos en cada lado y estirándolos hacia el recto en forma de U de las 3 a las 9 horas (Jacques, 2022)(Kiremitli et al., 2022).

2.3.3 Objetivo

Su principal objetivo es favorecer la relajación y flexibilidad de los tejidos a la entrada de la vagina, facilitando así la apertura del canal vaginal cuando el bebé es expulsado y evitando la laceración, además de reducir la sensación de ardor y dolor en la región perineal durante el trabajo de parto, brindando una mejor experiencia de parto para la madre. El estiramiento del periné debe proteger el suelo pélvico y facilitar la entrega del bebé (Ramezani et al., 2020).

2.3.4 Ventajas

Uno de los más extendidos es el masaje perineal prenatal, el cual presenta múltiples ventajas, por su bajo coste, facilidad de realización y buena aceptación entre las mujeres. La evidencia disponible determina que el masaje perineal prenatal es una práctica beneficiosa para mantener la integridad del periné durante el parto. El beneficio del masaje perineal prenatal es la reducción de la realización de episiotomías entre el 7 % y el 21 %. Sin embargo, esta disminución fue especialmente notable en nulíparas o mujeres sin partos vaginales previos (Del Pino Monzón, 2022).

2.3.5 Efectividad

El masaje perineo prenatal es efectivo después de las 35 semanas de gestación, o 4 a 6 semanas antes del parto durante 10 a 15 minutos, cada 1 a 2 veces por semana. El masaje perineo prenatal lo puede realizar la madre o su pareja (esposo). El masaje perineal se puede realizar en mujeres embarazadas de al menos las últimas 4 semanas de edad gestacional (\pm 36 semanas) que tengan indicaciones de parto vaginal (Nikmah et al., 2022)(Perineum et al., 2020) (Mudlikah, Siti; Safriana, 2020).

2.3.6 Recomendaciones

El momento idóneo para iniciar la práctica del masaje perineal presenta opiniones diversas según los autores, sin embargo, la semana 34 o 35 de gestación se considera el punto de partida ideal para la puesta en práctica de esta técnica según la mayor parte de investigaciones. Sugieren realizar la técnica durante 5-10 minutos diarios. De otro modo, varias investigaciones, difieren en el tiempo de aplicación, al proponer dos alternativas, siendo de 4 minutos unas 3-4 veces por semana, o de 10 minutos una única vez por semana, o el estudio de Elsebeiy , al proponer la técnica 2 veces por semana durante 2 minutos, frente a las 3-4 veces en semana durante 10-15 minutos del estudio propuesto por otros estudios. (Li et al., 2023)(Oglak & Obut, 2020).

El PM debe realizarse hasta que la mujer sienta un ligero ardor, escozor, o sensación de hormigueo. Ésta debe mantenerse relajada y evitar la presión en la punta de la abertura vaginal. Asimismo, se aconseja la ejecución de un masaje suave para evitar la aparición de hematomas o hinchazón y debe suspenderse ante cualquier dolor o malestar. A todo esto, la técnica puede hacerlo un profesional en el área, la embarazada o su conyugue (Romina et al., 2020).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Documental, la información utilizada fue recopilada de bases de datos con contenido científico, se relacionó criterios de diferentes autores sobre el “Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto”, gracias a la escala manual de PEDro se pudo medir la calidad de los artículos seleccionados.

3.2 Diseño de investigación

Documental y no experimental debido a que el trabajo se enfocó en la búsqueda, análisis e interpretación de los datos e información obtenida a partir de la literatura consultada referente al masaje y traumatismo perineales. Además, es de corte transversal porque se llevó a cabo en un período de tiempo correspondiente al material bibliográfico comprendido entre 2019 a 2023 y en un bloque único de resultados.

3.3 Método de investigación

Inductivo, la investigación permitió analizar las particularidades del “Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto”, se reconoció conceptos, criterios y conclusiones de autores tomándolos como premisas para establecer una conclusión general.

3.4 Nivel de investigación

Descriptivo, mediante observación indirecta debido a que la información fue recopilada y analizada sobre datos característicos tanto del traumatismo perineal como del masaje perineal en los cuales se enfatizó en el concepto, clasificación, incidencia, síntomas, efectividad, factores de riesgo entre otros obtenidos de las diferentes bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Scopus, Google Académico y PEDro.

3.5 Población de estudio

Un total de 35 artículos valorados según la Escala PEDro que contengan las dos variables de estudio.

3.5.1 Estrategias de búsqueda

La información se recolectó de bases de datos como: PubMed, PEDro, Cochrane Library, SciELO y ScienceDirect; de un total de 60 artículos, 35 fueron seleccionados e incluidos dentro de esta investigación. Para realizar la búsqueda se utilizaron palabras clave como: “Traumatismo perineal” “Masaje perineal”. Se hizo uso de operadores booleanos para acceder a la investigación en las bases de datos científicas, lo cual contribuyó a la reducción

de tiempo de búsqueda y la facilitó. Para recopilar información del tema “Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto”.

3.5.2 Criterios de inclusión

- ✓ Artículos que han sido publicados en los últimos 5 años.
- ✓ Artículos científicos que tengan información relevante con respecto al tema Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto.
- ✓ Artículos que tengan validez científica publicada en las diferentes bases de datos reconocidas como: Scielo, Redalyc, Dialnet, etc.
- ✓ Estudios publicados en los idiomas inglés, portugués y español.

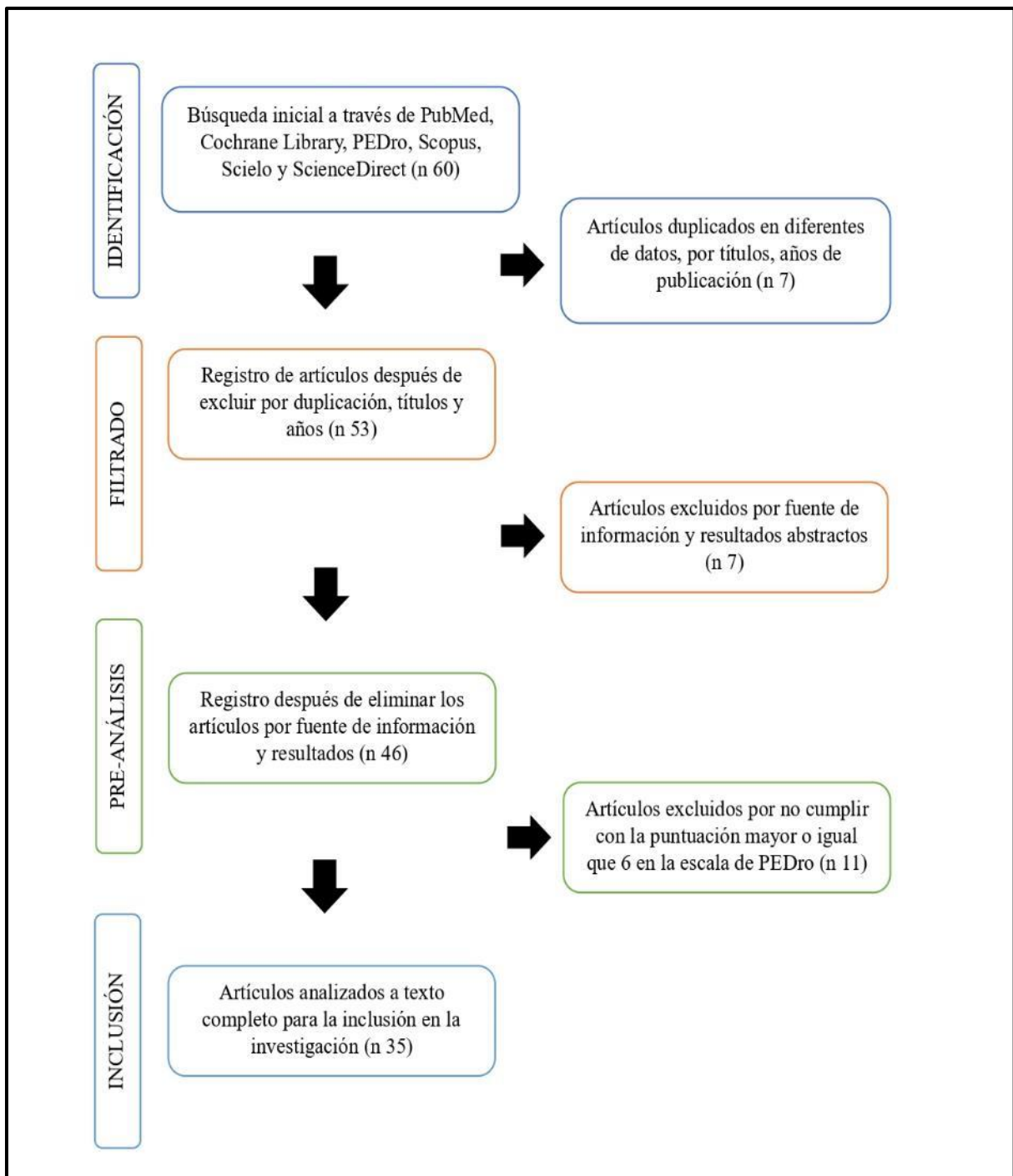
3.5.3 Criterios de exclusión

- ✓ Artículos científicos que no aportaron a la temática en el perfil de “Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto”.
- ✓ Artículos a los que no se pudo tener acceso al texto completo mediante los recursos como Wikipedia, monografías, páginas web sin valor científico etc.
- ✓ Artículos duplicados, incompletos o mal documentados.
- ✓ Artículos que tienen más de 5 años de antigüedad.
- ✓ Artículos que no contengan información acerca de variables expuestas.

3.6 Métodos de análisis y procesamiento de datos

La investigación se basó mediante la selección de los artículos científicos que fueron extraídos de las diferentes bases de datos, destacando que, en primera instancia se identificaron los artículos que se relacionen con el “Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto”, después se excluyeron los artículos duplicados, artículos sin información relevante, artículos publicados antes del 2016. Finalmente, el preanálisis se realizó mediante la escala metodológica de PEDro, por medio de esta se descartaron artículos con una puntuación menor o igual a 6.

Gráfico 1. Diagrama de flujo



Nota: Adaptado de Methodology in conducting a systematic review of biomedical research, (Ramírez et al., 2013).

Tabla 1. Valoración con la Escala metodológica de PEDro

Nº	Autor y Año	Título original	Título en español	Base de Datos	Escala de PEDro
1	(Lima et al., 2023)	Women know about perineal trauma risk but do not know how to prevent it: Knowledge, attitude, and practice	Las mujeres conocen el riesgo de traumatismo perineal pero no saben cómo prevenirlo: conocimiento, actitud y práctica.	PubMed	7
2	(da Costa et al., 2022)	Antenatal perineal massage for trauma prevention: a pilot randomized clinical trial	Masaje perineal prenatal para la prevención de traumatismos: un ensayo clínico aleatorizado piloto	SciELO	9
3	(Tejeda et al., 2022)	Perineal trauma: water birth versus conventional vaginal deliveries	Trauma perineal: parto acuático versus parto convencional	SciELO	7
4	(Kiremitli et al., 2022)	Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage	Comparación de los resultados obstétricos y la morbilidad en nulíparas que recibieron masaje perineal prenatal y masaje perineal	SciELO	8
5	(Nopitasari et al., 2022)	Effect of perineum massage on perineum rupture incidence in pregnancy	Efecto del masaje de perineo sobre la incidencia de rotura de perineo en el embarazo	Cochrane Library	7
6	(Chen et al., 2022)	Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications	Efecto del masaje perineal prenatal sobre la lesión perineal posparto y las complicaciones posparto	PubMed	7
7	(Nikmah et al., 2022)	Effectiveness Of Perineum Massage In Primigravida Pregnant Women On Perineum Rupture In Materials	Efectividad del masaje de perineo en mujeres embarazadas primigrávidas sobre la rotura del perineo en materiales	Cochrane Library	7

8	(Aasheim et al., 2022)	Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma	Técnicas perineales durante la segunda fase del parto para reducir el traumatismo perineal	PubMed	8
9	(Del Pino Monzón, 2022)	Eficacia de la realización del masaje perineal prenatal	Eficacia de la realización del masaje perineal prenatal	Cochrane Library	9
10	(Albers, 2022)	Reducing genital tract trauma at birth: launching a clinical trial in midwifery	Reducción del traumatismo del tracto genital en el nacimiento: lanzamiento de un ensayo clínico en partería.	ScienceDirect	7
11	(Byrd et al., 2022)	Is it possible to predict or prevent third degree tears?	¿Es posible predecir o prevenir los desgarros de tercer grado?	Scopus	9
12	(Venugopal et al., 2022)	Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor	Masaje perineal para la prevención del trauma perineal y la episiotomía durante el trabajo de parto	PubMed	7
13	(Bączek et al., 2022)	Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth—Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors	Trauma perineal espontáneo durante el parto no quirúrgico: análisis retrospectivo de los factores de riesgo de laceración perineal	PubMed	8
14	(Demirel & Golbasi, 2021)	Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing.	Efecto del masaje perineal sobre la tasa de episiotomía y desgarro perineal.	PEdro	9
15	(Azón et al., 2021)	Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal antenatal	Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal antenatal	PubMed	7
16	(Álvarez et al., 2021)	Prevalence of perineal tear peripartum after two antepartum perineal massage techniques: A non-randomised controlled trial	Prevalencia de desgarro perineal periparto después de dos técnicas de masaje perineal antes del parto: un ensayo controlado no aleatorio	PubMed	8

17	(Gaheen & Abo-Hatab, 2021)	Effect of Utilizing Perineal Massage, Warm Compresses and Hands on Techniques during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes	Efecto de la utilización de masaje perineal, compresas tibias y técnicas manos a la obra durante la segunda etapa del parto sobre los resultados perineales	ScienceDirect	7
18	(Hajela et al., 2021)	Effectiveness of Prenatal Perineal Massage in Reducing the Risk of Perineal Trauma during Vaginal Delivery in Nulliparous Women	Efectividad del masaje perineal prenatal para reducir el riesgo de traumatismo perineal durante el parto vaginal en mujeres nulíparas	PubMed	7
19	(Biju et al., 2020)	A study to assess the effect of prenatal perineal massage on gestational age, duration of 1st and 2nd stage of Labour	Estudio para evaluar el efecto del masaje perineal prenatal sobre la edad gestacional y la duración de la 1ª y 2ª fase del parto.	PEdro	8
20	(Abdelhakim et al., 2020)	Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities	Beneficios del masaje perineal prenatal en la reducción del trauma perineal y la morbilidad posparto	PubMed	8
21	(Meo, 2020)	Antepartum Perineal Massages is Effective to Prevent Intrapartum Perineal Rupture	Los masajes perineales anteparto son eficaces para prevenir la rotura perineal intraparto	Cochrane Library	9
22	(Romina et al., 2020)	Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial	Efecto del masaje perineal con aceite de avestruz sobre la episiotomía y laceraciones en mujeres nulíparas: ensayo clínico controlado aleatorizado	PubMed	8
23	(De la Cueva-Reguera et al., 2020)	Effectiveness of manual lymphatic drainage vs. perineal massage in secundigravida women with gestational oedema: A randomised clinical trial	Efectividad del drenaje linfático manual frente al masaje perineal en mujeres secundigravidas con edema gestacional: Un ensayo clínico aleatorizado	PubMed	7

24	(Oglak & Obut, 2020)	Effectiveness of Perineal Massage in the Second Stage of Labor in Preventing Perineal Trauma	Efectividad del masaje perineal en la segunda etapa del parto para prevenir el trauma perineal	SciELO	8
25	(Berghella & Di Mascio, 2020)	Evidence-based labor management: before labor (Part 1)	Gestión laboral basada en evidencia: antes del parto (Parte 1)	ScienceDirect	8
26	(Mudlikah, Siti; Safriana, 2020)mudli	Health Education About Perineum Massage for Pregnant Women in the Work Area of the Kamoning Sampang Community Health Center	Educación para la salud sobre el masaje de perineo para mujeres embarazadas en el trabajo Área del Centro de Salud Comunitario Kamoning Sampang	SciELO	7
27	(Dieb et al., 2020)	Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial	El masaje y el entrenamiento perineal reducen el trauma perineal en mujeres embarazadas mayores de 35 años: un ensayo controlado aleatorio	PubMed	7
28	(Aquino et al., 2020)	Perineal massage during labor: a randomized controlled trial	Masaje perineal durante el trabajo de parto: un ensayo controlado aleatorizado.	PubMed	8
29	(Jansson et al., 2020)	Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study	Factores de riesgo de desgarros perineales y vaginales en mujeres primíparas: el estudio de cohorte prospectivo POPRACT	PubMed	9
30	(Indrayani, T., & Tuasikal, N., 2020)	The Effect of Perineal Massage on Perineal Tear Case on Primigravida Pregnant Mothers In Their Third Trimester In Public Health Center Care of Morokay 2018	El efecto del masaje perineal sobre el caso de desgarro perineal en madres embarazadas primigrávidas en su tercer trimestre en el centro de salud público de Morokay 2018	SciELO	7

31	(Wilson, A., & Homer, C., 2020)	Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management	Desgarros de tercer y cuarto grado: una revisión de la evidencia actual para la prevención y el tratamiento	PubMed	7
32	(Akhlaghi et al., 2019)	Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy	Efecto del masaje perineal sobre la tasa de episiotomía	PubMed	8
33	(Haryanti, 2019)	El efecto del masaje perineal en el estado perineal y la duración del trabajo de parto	El efecto del masaje perineal en el estado perineal y la duración del trabajo de parto	SciELO	9
34	(Ducarme et al., 2019)	Prevención y protección perineal en obstetricia: guías de práctica clínica del CNGOF	Prevención y protección perineal en obstetricia: guías de práctica clínica del CNGOF	ScienceDirect	7
35	(Fatimah, F., & Lestari, P., 2019)	The Relationship of Massage the Perineum with Ruptur Perineum	La relación del masaje del perineo con la ruptura del perineo	PubMed	9

Nota: Basado en los lineamientos y criterios establecidos por la escala de PEDro se ha obtenido una total de 35 artículos, de bases de datos de alto impacto entre las cuales destaca PubMed con el mayor número de publicaciones científicas referentes al tema, seguida de SciELO y en menor medida Science Direct, Scopus y Cochrane Library. En cuanto a los años, tenemos literatura desde el año 2019 hasta el 2023. Referente a las características acreditadas por PEDro, los artículos obtuvieron una puntuación de 7, 8 y 9 respectivamente, lo que los cataloga como estudios de buena calidad.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla 2. Resultados de los artículos analizados

Nº	Autor	Tipo de estudio	Población	Intervención	Resultados
1	(Lima et al., 2023)	Estudio Transversal	326 mujeres	Se utilizó un cuestionario de 15 preguntas para medir el conocimiento, actitud y práctica (KAP) de la preparación de la musculatura del suelo pélvico (PFM) para el nacimiento.	El KAP de preparación de la PFM para el parto es inadecuado entre las mujeres en el posparto. La educación sanitaria sobre la atención de la mujer durante el embarazo y el posparto debe abordarse entre las mujeres embarazadas, específicamente entre las mujeres más jóvenes con niveles más bajos de educación e ingresos.
2	(da Costa et al., 2022)	Ensayo clínico piloto aleatorizado piloto	153 mujeres embarazadas: GI: 78 GC: 75	Grupo de intervención (GI): se sometió a masaje perineal digital. Se les brindó orientación sobre la ejecución del masaje de los músculos del suelo pélvico. Este fue realizado diariamente por la misma gestante o su pareja, durante 5 a 10 minutos a partir de la semana 34 de embarazo hasta el día del parto. Grupo de control (GC): recibió la atención prenatal habitual.	El PM no redujo el trauma perineal, sin embargo, fue un factor protector para el edema en los primeros 10 días posparto y la pérdida involuntaria de gases a los 45 días posparto. El ajuste residual observado en el análisis de las condiciones perineales posparto mostró una tendencia de que las mujeres en el grupo de intervención tuvieran el perineo intacto en comparación con el grupo control.
3	(Tejeda et al., 2022)	Ensayo Controlado	240 mujeres embarazadas	GI: parto acuático. GC: parto convencional	El parto acuático fue una alternativa confiable para el alumbramiento del bebé,

		Aleatorizado (ECA)	GI: 120 GC: 120		gracias a los efectos de la hidroterapia a nivel perineal se observó una disminución del trauma perineal con respecto al parto convencional.
4	(Kiremitli et al., 2022)	ECA	173 mujeres embarazadas nulíparas: GA: 55 GI: 59 GC: 59	Grupo de masaje prenatal (GA): se empleó masaje perineal durante 10 minutos a partir de la semana 34 de gestación hasta el parto. Grupo de masaje intraparto (GI): el masaje perineal se aplicó cuando la abertura cervical, que se considera la fase activa del parto en la mujer embarazada, durante 10 minutos en un total de cuatro veces, siendo la última en plena dilatación cervical. GC: no se le realizó masaje perineal durante el período anteparto o intraparto.	El PM realizado en ambos períodos en comparación con el grupo control fue eficaz para reducir la tasa de episiotomía y la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. Así también, se determinó que el masaje perineal prenatal es más efectivo en términos de perineo intacto.
5	(Nopitasari et al., 2022)	Ensayo experimental	30 mujeres embarazadas: GI: 15 GC: 15	GI: con la característica esencial de 36 semanas de edad gestacional, se aplicó masaje perineal, 4 veces con una frecuencia de 2 veces por semana, cada masaje durante 5 minutos; el GC no se aplicó ningún procedimiento anteparto.	La puntuación promedio de rotura perineal en mujeres que recibieron masaje de perineo fue de 0,67 con una desviación de 0,617. La puntuación media de las mujeres sin masaje de perineo fue de 1,20 con perineo de 0,676
6	(Chen et al., 2022)	ECA	6.487 mujeres primíparas: GI: 3211	Únicamente el GI recibió masaje perineal, a diferencia del GC que no recibió ningún tipo de	El PM prenatal redujo el riesgo de desgarros perineales (especialmente 3er tercero-4to grado) durante el parto

			GC: 3276	procedimiento excepto el convencional. Todos los estudios manifiestan el uso del masaje perineal entre las 34 y 36 semanas de gestación.	vaginal, episiotomía y dolor perineal 3 meses después del parto.
7	(Nikmah et al., 2022)	Cuasi-experimental	40 madres primigrávidas: GI: 20 GC: 20	Encuesta sobre la implementación del masaje perineal, la existencia de rotura del periné durante el parto. Para ello el GI fue el que implementó la técnica a partir de la semana 37 a la semana 40 de gestación, 4 veces o más por semana de forma regular, durante 10 minutos todos los días, y el GC no.	El PM fue efectivo para prevenir y reducir la incidencia de rotura perineal espontánea o episiotomía en trabajo de parto normal en madres primigrávidas.
8	(Aasheim et al., 2022)	ECA	158 mujeres GI: 79 GC: 79	GI: se aplicó masaje perineal y compresas calientes. GC: se aplicó tratamiento gestacional convencional.	Se obtuvo que, el masaje perineal junto con el uso de compresas calientes puede reducir los desgarros de tercer grado, pero, es importante realizar más investigaciones.
9	(Del Pino Monzón, 2022)	ECA	98 mujeres embarazadas GI: 49 GC: 49	GI: masaje perineal a partir de la semana 35 de gestación. GC: tratamiento de rutina.	El PM prenatal resultó como una técnica que incrementa la flexibilidad y la elasticidad de los tejidos perineales, disminuyendo la prevalencia y la gravedad del desgarro perineal y/o la necesidad de una episiotomía durante el parto. Además, disminuyó la incidencia de dolor posparto a los tres meses en mujeres multíparas, acortó la segunda fase del parto, mejoró la cicatrización de

					las lesiones perineales y las puntuaciones de Apgar.
10	(Albers, 2022)	Ensayo clínico	245 mujeres embarazadas GI: 123 GC: 122	GI: masaje perineal con lubricante al final de la segunda fase del parto. GC: tratamiento convencional.	El PM perineal tuvo resultados significativos en la reducción de la aparición de traumatismo perineal y redujo el nivel de episiotomía, garantizando un perineo intacto.
11	(Byrd et al., 2022)	ECA	144 mujeres embarazadas GI: 72 GC: 72	GI: masaje perineal a partir de la semana 35 de gestación y al final de la segunda fase del parto. GC: atención prenatal de rutina.	El PM presentó una reducción significativa de los traumatismos perineales (desgarros de tercer grado) gracias a la dilatación y elasticidad del periné.
12	(Venugopal et al., 2022)	ECA	488 mujeres GI: 244 GC: 244	GI: masaje perineal con o sin lubricación en la segunda etapa del parto. GC: atención habitual o sin intervención.	El PM durante el trabajo de parto tuvo una incidencia significativamente menor de traumatismo perineal grave en comparación con el grupo de control. La incidencia de episiotomía fue menor en el grupo de masaje perineal, pero fue estadísticamente insignificante.
13	(Bączek et al., 2022)	Estudio de casos controles retrospectivo	15117 pacientes GI: 7238 GC: 7897	Análisis estadístico de dos grupos; en el GI pacientes con laceración perineal espontánea (cualquier grado de laceración perineal) y en el GC incluyó a pacientes sin laceración perineal.	Los factores independientes que aumentan el riesgo de laceración perineal durante el parto son: edad de la mujer que da a luz, antecedentes de cesárea, un mayor peso al nacer del recién nacido y los factores que reducen el riesgo de trauma perineal espontáneo son un mayor número de partos y partos en casa.
14	(Demirel & Golbasi, 2021)	ECA	284 mujeres embarazadas GI: 142 GC: 142	GI: masaje perineal en la primera fase de parto. GC: tratamiento de rutina.	El masaje perineal aplicado durante el proceso de alumbramiento o parto activo redujo el uso de episiotomía.

15	(Azón et al., 2021)	ECA	3.071 madres prenatales (primíparas y multíparas) GI: 2578 GC: 1337	GI: masaje perineal antenatal (MPA). GC: ningún tratamiento.	El uso del MPA al final del embarazo podría ser un procedimiento efectivo y seguro para reducir el trauma perineal en el parto, especialmente en mujeres primíparas, y el dolor posparto en mujeres multíparas.
16	(Álvarez et al., 2021)	Ensayo controlado no aleatorizado	90 participantes embarazadas.	Fueron tres grupos: grupo de masaje perineal con dispositivo EPI-NO®, aplicado por un fisioterapeuta experto; grupo de automasaje, donde se instruyó a las mujeres a aplicar masaje perineal en el hogar; y un grupo de control, que recibió atención obstétrica ordinaria.	El PM redujo el dolor perineal posparto, la prevalencia y la gravedad del desgarro perineal durante el parto.
17	(Gaheen & Abo-Hatab, 2021)	Experimental comparativo	120 parturientas: GC: 30 GI: 90	GC: recibieron atención de rutina proporcionada por el hospital. GI: se divide en 3 grupos de 30. 1. Masajes lubricados aplicados en la zona perineal, por 5 minutos, con sesiones intermitentes durante la segunda etapa del embarazo e incluso durante la contracción y coronación del feto. 2. Aplicación de compresas tibias en la zona perineal y fuera de ella, sosteniéndola	El uso de técnicas de soporte perineal fue efectivo en reducir la intensidad del dolor perineal y desgarro, mejorando la salud materna.

				<p>con guantes durante el proceso de contracción.</p> <p>3. Aplicación de la técnica práctica en la zona perineal durante el proceso de coronación de la cabeza fetal.</p>	
18	(Hajela et al., 2021)	ECA	<p>288 mujeres primíparas</p> <p>GI: 144</p> <p>GC: 144</p>	<p>GI: masaje perineal a partir de la semana 35 de embarazo.</p> <p>GC: atención prenatal de rutina.</p>	El PM redujo la gravedad de lesión perineal, esto, permitirá a las mujeres regresar a su nivel de función anterior, a un ritmo mayor y reducir la probabilidad de morbilidades secundarias.
19	(Biju et al., 2020)	Experimental	<p>60 madres prenatales sin ninguna complicación.</p> <p>GI: 30</p> <p>GC: 30</p>	<p>GI: masaje perineal a partir de la semana 34 de gestación, dos veces por semana, con una duración de 10 a 15 minutos por sesión, ejecutados por la madre.</p> <p>GC: recibió la atención prenatal normal.</p>	El PM tuvo un efecto beneficioso en la reducción de la duración tanto de la primera como de la segunda etapa del parto.
20	(Abdelhakim et al., 2020)	ECA	<p>3467 mujeres embarazadas</p> <p>GI: 1711</p> <p>GC: 1756</p>	<p>GI: masaje perineal digital prenatal en las últimas cuatro a seis semanas antes del parto por parte de las mujeres embarazadas o sus parejas.</p> <p>GC: atención prenatal habitual.</p>	El masaje perineal prenatal redujo significativamente la incidencia de episiotomías y desgarros perineales (tercer y cuarto grado). Así también, una disminución de la segunda etapa del parto, el dolor perineal postparto y la incontinencia anal.
21	(Meo, 2020)	ECA	<p>2480 mujeres embarazadas</p>	<p>GI: masaje perineal a partir de la semana 35 de gestación, durante 10 a 15 minutos al menos 1 o 2 veces por semana, para mujeres con indicaciones de parto vaginal.</p>	La intervención del masaje perineal redujo la incidencia de rotura perineal, además, disminuyó la incidencia de episiotomía que requirió puntos, y aminoró el dolor perineal después de 3 meses de posparto.

				GC: sin intervención prenatal.	
22	(Romina et al., 2020)	ECA clínico	77 mujeres nulíparas GI: 39 GC: 38	GI: masaje perineal con aceite de avestruz en la fase activa y la segunda etapa del parto. GC: cuidados de parto de rutina	El PM con aceite de avestruz en el GI disminuyó significativamente la tasa de episiotomía durante la primera y segunda etapa del parto en comparación con el GC.
23	(De la Cueva-Reguera et al., 2020)	ECA	49 mujeres secundigestas con edema gestacional Grupo A: 30 Grupo B: 19	Grupo A: masaje perineal más tratamiento convencional Grupo B: Drenaje Linfático Manual (MLD) más tratamiento convencional.	El tratamiento con MLD redujo la intensidad del dolor con respecto al masaje perineal en mujeres secundigestas con edema gestacional desde las 25 semanas de gestación hasta el final del puerperio.
24	(Oglak & Obut, 2020)	Estudio observacional	171 mujeres nulíparas GI: 87 GC: 84	GI: masaje perineal durante la segunda etapa del parto con lubricante hipoalergénico (vaselina líquida). GC: atención laboral de rutina. Ambos grupos recibieron atención postnatal de rutina.	El masaje perineal en la segunda etapa del parto reduce la duración de la segunda etapa del parto, aumenta las tasas de perineo intacto y disminuye las tasas de episiotomía.
25	(Berghella & Di Mascio, 2020)	Estudio de caso	2497 mujeres embarazadas	Masaje perineal con aceite durante 10 minutos diarios a partir de la semana 34 de gestación hasta que se recomiende el parto.	Se asoció con una reducción en la incidencia de traumatismo perineal en el parto que requiere sutura en mujeres sin parto vaginal previo.
26	(Mudlikah, Siti; Safriana, 2020)	ECA	120 mujeres embarazadas	Verificación del efecto de la educación sanitaria sobre el masaje perineal en el conocimiento de las mujeres embarazadas.	La educación sanitaria sobre el masaje perineal perfeccionó el conocimiento de la técnica, despejó las dudas y mejoró la experiencia prenatal de estas.
27	(Dieb et al., 2020)	ECA	400 pacientes embarazadas GI: 200	GI: educación para la ejecución del masaje perineal digital y entrenamiento de los músculos	El masaje perineal digital prenatal y el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico redujeron la tasa de episiotomía y

			GC: 200	del suelo pélvico y recibió un programa educativo de prevención de la disfunción del suelo pélvico. GC: recibió sólo el programa de educación preventiva prenatal.	laceración perineal; dolor perineal postnatal y la dosis de analgesia durante el parto.
28	(Aquino et al., 2020)	ECA	3374 mujeres con embarazo único en presentación cefálica. GI: 1725 GC: 1649	GI: masaje perineal durante el trabajo de parto, generalmente realizado por una partera en la segunda etapa, durante o entre y durante el tiempo de pujo, con los dedos índice y medio, utilizando un lubricante soluble en agua. GC: ningún uso del masaje perineal.	El masaje perineal durante el trabajo de parto se asocia con un riesgo significativamente menor de traumatismo perineal grave, como el de tercer y cuarto grado de laceraciones y, por lo tanto, una incidencia mayor de perineo intacto.
29	(Jansson et al., 2020)	Estudio de cohorte prospectivo	644 mujeres	Se las dividió en tres grupos para el análisis posterior: A: perineo intacto o desgarro de primer grado. B: Desgarro de segundo grado C: desgarro de tercer o cuarto grado (OASI).	El parto postérmino aumentó significativamente el riesgo de desgarro perineal de segundo grado, mientras que las posiciones maternas al nacer con flexibilidad reducida del sacro disminuyeron significativamente el riesgo de desgarro perineal de segundo grado.
30	(Indrayani & Tuasikal, 2020)	Estudio cuasi-experimental	32 mujeres embarazadas GI: 16 GC: 16	GI: masaje perineal antes de las 3 o 4 semanas del proceso de alumbramiento. GC: no recibieron masaje perineal.	El masaje perineal puede reducir el riesgo de desgarro perineal.
31	(Wilson & Homer, 2020)	ECA	590 mujeres GI: 295 GC: 295	GI: masaje perineal a partir de la semana 35 de gestación. GC: no recibieron masaje perineal.	El masaje perineal realizado a partir de la semana 35 de gestación puede reducir el riesgo de traumatismo perineal que requiera sutura en un 16%.

32	(Farideh et al., 2019)	ECA doble ciego	99 mujeres embarazadas nulíparas GI: 50 GC: 49	GI: Masaje perineal en la etapa activa cuatro veces, cada una con una duración de dos minutos en intervalos de media hora. El masaje se continuó al comienzo de la segunda etapa del parto durante diez minutos. GC: atención de rutina.	El masaje perineal tuvo un impacto significativo en la reducción de la necesidad de episiotomías y la duración de la segunda etapa del parto. Por tanto, puede sugerirse como una técnica segura, sencilla, de bajo costo y eficaz para reducir el daño perineal durante el parto.
33	(Haryanti, 2019)	Estudio cuasi-experimental	60 mujeres embarazadas	GI: recibieron un folleto y entrenamiento sobre el masaje perineal (automasaje durante 15 minutos al día, 6 veces por semana con Aceite de Coco Virgen). Luego las asistentes harían una visita domiciliaria para dar masaje perineal durante 15 minutos al día. GC: tratamiento de rutina.	El masaje perineal afecta el estado perineal y la duración de las etapas I y II del parto, previene la rotura perineal y acelera la duración de la etapa I y II del parto.
34	(Ducarme et al., 2019)	Guía de práctica clínica	854 mujeres embarazadas	Extracción de guías de práctica clínica acerca de las intervenciones durante el embarazo y el parto que podrían prevenir las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) y sus síntomas postnatales de suelo pélvico.	Ninguna intervención durante la primera o segunda etapa del parto, además del soporte perineal, ha demostrado claramente su eficacia para reducir el riesgo de lesiones perineales. En todos los casos debe realizarse, debe realizarse un examen clínico minucioso del perineo postparto.
35	(Fatimah & Lestari, 2019)	Experimental	80 mujeres embarazadas GI: 56 GC: 24	GI: masaje en el perineo a través de educación sobre masaje perineal. GC: sin masaje perineal.	La madre que no masajea el perineo tiene mayor tendencia a sufrir laceración o ruptura del perineo.

Nota: La tabla proporciona un resumen de la aplicación del masaje perineal y los resultados obtenidos en cada una de las investigaciones, es así como, en su gran mayoría los autores concuerdan que, el masaje perineal es una técnica de bajo coste que reduce el índice de episiotomías, aumenta la elasticidad de la musculatura del piso pélvico, disminuye de manera significativa los desgarros perineales. Por otra parte, algunos autores mencionan que, no es efectiva en la prevención de un traumatismo perineal por lo cual sugieren mayor investigación.

4.2 Discusión

El masaje perineal se asoció con una reducción significativa en la incidencia y gravedad de las lesiones perineales durante el parto, tanto para la laceración perineal como para la episiotomía (Hajela et al., 2021). Se ha demostrado en la investigación de Avilés, et al. (2019) que el 87 % de las embarazadas lo recomiendan a otras embarazadas. Su uso está contraindicado únicamente en casos de lesiones o infecciones vaginales, riesgo de parto prematuro, rotura del saco amniótico y sangrado vaginal.

Según Akhlaghi, et al. (2019) indican que el momento ideal para iniciar el masaje interválico varía según los autores y son las últimas 4-6 semanas de embarazo antes del parto, frente a las 34 semanas de embarazo según la mayoría de estudios. Por otra parte, Wilson & Homer (2020) señala que la frecuencia diaria del masaje perineal prenatal en comparación con 3-4 veces por semana indica una reducción estadísticamente significativa en el riesgo de desgarros.

Según Azón et al. (2021) el masaje perineal (PM) durante el embarazo se utiliza como una forma de aumentar la elasticidad del perineo, facilitando el momento del parto. Se recomienda utilizar la técnica estándar, aunque los criterios de frecuencia de su uso y duración del masaje son diferentes. Sin embargo, Beckmann & Stock (2021) rechazaron esta hipótesis, afirmando que no existe asociación entre una mayor frecuencia de aplicación y menor daño del perineo, e identificaron una frecuencia de dos veces por semana como la que proporcionaba mejores resultados.

En el estudio de Azón et al. (2021) mencionan que esta práctica de utilizar aceite de rosa mosqueta se ha vuelto popular entre las mujeres embarazadas en los últimos años, y se eligió el aceite de rosa mosqueta porque se considera uno de los aceites más hidratantes, al contener una alta proporción de ácidos grasos insaturados (44-49 % de ácido linoleico y 28-34 % de ácido linoleico), que actúan como precursores de las prostaglandinas en el organismo, que, entre otras cosas, intervienen en la regeneración. El proceso fisiológico y bioquímico del mecanismo de defensa y regeneración tisular, además de la activación de fibroblastos y células de la dermis, produce colágeno, elastina y ácido hialurónico, responsables de la firmeza y elasticidad de la piel.

Estos resultados coinciden con el estudio de Romina et al. (2020), con el objetivo de investigar el efecto del masaje perineal con aceite de avestruz sobre la episiotomía y el desgarro perineal en la fase activa del parto y en la segunda fase en mujeres nulíparas. Los resultados mostraron que masajear el perineo con aceite de avestruz en el grupo de intervención redujo significativamente las episiotomías en comparación con el grupo de

control.

Existe una estrecha relación con la investigación realizada por Del Pino Monzón (2022), la alta morbilidad y consecuencias de las lesiones perineales durante el parto vaginal justifican la necesidad de desarrollar estrategias que la minimicen, debido a que el masaje perineal prenatal es una técnica que aumenta la flexibilidad y elasticidad de los tejidos perineales, lo que reduce el impacto y la gravedad de la rotura perineal y/o o la necesidad de episiotomía durante el parto. En contraste, la investigación de (Gramaje et al., 2016), indica que la aplicación del masaje perineal no afectó el progreso del trabajo de parto ni la morbilidad materna-fetal, por lo que puede considerarse una técnica inofensiva con sólo leves molestias durante las primeras semanas de uso.

Elsebeiy (2018) & Del Pino (2022) indican que no se recomienda el masaje perineal prenatal antes de las 34 semanas de embarazo si le han diagnosticado trabajo de parto prematuro, placenta previa, presión arterial alta, incluida preclamsia, o cualquier otra afección asociada con sangrado vaginal. También está contraindicado en casos de várices vaginales, infecciones vaginales o urinarias activas o recurrentes (como herpes vaginal, candidiasis, etc.), ya que el masaje perineal puede propagar la infección y empeorar la afección. La interrupción del embarazo con cesárea planificada no acepta masajes porque no hay hinchazón en el peritoneo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El masaje perineal ha surgido como una técnica innovadora de fácil acceso a todas las mujeres primíparas o nulíparas en etapa de gestación que sean candidatas a un parto vaginal y en general para todas las madres que deseen mantener un perineo sano y disminuir las complicaciones postparto.

El análisis de la postura de los distintos autores frente a los efectos del masaje perineal en la incidencia del traumatismo perineal en mujeres embarazadas nos ha llevado a concluir que, ésta técnica aporta múltiples beneficios en cuanto al aumento de la flexibilidad y elasticidad de la musculatura del suelo pélvico ofreciéndole a la mujer un proceso de alumbramiento menos doloroso, con una significativa disminución del tiempo de duración correspondiente a cada etapa del parto y tasas de episiotomías bajas pero no improbables.

El masaje perineal, al ser una técnica inofensiva, de bajo coste, fácil acceso y aprendizaje, le proporciona a la madre una opción favorable en la prevención del traumatismo y/o desgarro perineal que puede ocasionarle problemas uroginecológicos postparto. El uso de ésta tuvo mayor impacto en mujeres con primer parto vaginal en las cuales no se ha practicado episiotomía o padecido de laceraciones en el perineo. Las pacientes que han hecho uso de este procedimiento muestran gran aceptación, buenos resultados y divulgación de la información con sus familiares, amigos y conocidos.

5.2 Recomendaciones

La desinformación de las madres durante su periodo de embarazo ocasiona partos complicados, por lo cual, se puede sugerir la implementación de talleres sobre la educación prenatal que garanticen a la mujer una buena experiencia en el proceso de alumbramiento.

La técnica propuesta puede generar gran recelo en las embarazadas, por lo tanto, la descripción y detalles de ésta deben ser realizadas por un experto en el área garantice tasas de éxito elevadas, evitando un desgarro perineal o la aparición de patologías uroginecológicas postparto.

Fomentar la participación de la pareja en la ejecución del masaje perineal para fortalecer el vínculo familiar, la relación de pareja y a la vez le proporcionarle a la gestante una opción de tratamiento que cuide la salud de su perineo postparto.

CAPÍTULO VI.

6.1 Propuesta

Institución: Universidad Nacional de Chimborazo

Área: Fisioterapia

Tema: Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto

Participantes o población: Docentes y estudiantes de la carrera de Fisioterapia

Fecha: 10 de marzo de 2024

Introducción

El trauma perineal suele ocurrir en el 65 % de las mujeres que han dado a luz por la vía vaginal, son a su vez debidas a desgarros espontáneos o como consecuencia de una episiotomía y se estima que entre el 80-85 % tienen alguna complicación perineal, de las cuales el 70 % requiere sutura (Muñoz De la Torre et al., 2022). Por lo mencionado anteriormente, el masaje perineal (PM) se ha propuesto como una técnica que aumenta la elasticidad del periné y puede reducir el daño del suelo pélvico (Abedzadeh-Kalahroudi et al., 2019).

Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de traumatismo perineal es del 31 % considerando los diferentes tipos de partos; además, demuestra que el uso limitado de la episiotomía en el parto vaginal sin complicaciones, a diferencia de la episiotomía de rutina, se asocia con un menor riesgo del traumatismo perineal y la necesidad de suturas (Sadler, 2022). En el Ecuador se estima que aproximadamente el 51 % de las mujeres embarazadas que han sido candidatas para un parto vaginal se les ha practicado una episiotomía de rutina, que pinta un cuadro postparto doloroso con posibles desgarros perineales, aumento del diámetro vaginal, problemas urinarios y en el peor de los casos puede dar lugar a una infección (Ponce, 2022).

Objetivo

- Impartir una charla informativa sobre el masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto con la finalidad de conocer los beneficios del masaje perineal.

Actividades

FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	META	OBSERVACIONES
10/03/2024	Anatomía básica del suelo pélvico	Explicar la anatomía básica del suelo pélvico	Explicar con claridad la temática a tratar desde la anatomía básica del suelo pélvico, tipos de desgarros perineales y beneficios y contraindicaciones del masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto.	Conciencia, comprensión y entendimiento de la temática tratada por parte de los participantes.	
	Tipos de desgarros perineales	Determinar cuáles son los tipos de desgarros perineales			
	Beneficios y contraindicaciones del masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto.	Indicar los beneficios y contraindicaciones del masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto.			

Metodología

Se basará en el aprendizaje cooperativo, mismo que, favorecerá el trabajo en equipo, mejorará la atención, y potenciará la adquisición de conocimientos sobre el masaje perineal.

Recursos

- Auditorio de la Facultad de Ciencias de Salud

- Proyector
- Laptop
- Diapositivas

Bibliografía

- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 206–211. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
- Muñoz De la Torre, R., Mendoza Vilcahuaman, J., Jauregui Sueldo, J., Toral Santillán, E. J., Villanueva Navarro, K., & Quispe Aroni, R. (2022). Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. *MediSur*, 20(3), 402–408.
- Ponce, I. (2022). La episiotomía de rutina: una forma de violencia obstétrica. <https://gk.city/2020/03/01/episiotomia-rutina-violencia-obstetrica-ecuador/>
- Sadler, M. (2022). Nombrando la episiotomía de rutina por lo que es: mutilación genital femenina. Aportes conceptuales desde experiencias de parto en Chile. *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), 1–18. <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.995>

BIBLIOGRAFÍA

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2022). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Hamdy, N., Keshta, A., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-latif, A. A. (2020). *Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities*.
- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 206–211. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
- Albers, L. L. (2022). Reducing genital tract trauma at birth: Launching a clinical trial in midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48(2), 105–110. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00415-4)
- Álvarez, M., Leirós, R., Álvarez-Barrio, L., & López, A. F. (2021). Prevalence of perineal tear peripartum after two antepartum perineal massage techniques: A non-randomised controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10(21). <https://doi.org/10.3390/jcm10214934>
- Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Perineal massage during labor: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(6), 1051–1063. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>
- Avilés, Z., López, E. M., Driéguez, C., & Conesa, M. B. (2019). Comparative study analysing maternal recovery after childbirth according to Marjory Gordon's Patterns. *Enfermería Global*, 18(1), 183–214. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
- Azón, E., Mir, E., Hernández, J., Aguilón, J. J., Torres, A. M., & Satústegui, P. J. (2021). Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal ante-natal. *An. Sist. Sanit. Navar*, 44(3), 437–444. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0976>
- Bączek, G., Rzońca, E., Sys, D., Rychlewicz, S., Durka, A., Rzońca, P., & Bień, A. (2022). Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth—Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19137653>
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2021). Antenatal perineal massage for reducing perineal

- trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
- Berghella, V., & Di Mascio, D. (2020). Evidence-based labor management: before labor (Part 1). *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 2(1), 100080.
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100080>
- Biju, A. S., Salunkhe, J. A., Salunkhe, A. H., Kakade, S. V., Nair, L., & Patange, R. P. (2020). A study to assess the effect of prenatal perineal massage on gestational age, duration of 1st and 2nd stage of Labour. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University*, 9(2), 81–87.
- Byrd, L. M., Hobbiss, J. H., & Tasker, M. (2022). Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Disease*, 7(4), 311–318. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2005.00801.x>
- Chen, Q., Qiu, X., Fu, A., & Han, Y. (2022). Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/3315638>
- da Costa, J., Brüggemann, O. M., Velho, M. B., Knobel, R., & Costa, R. (2022). Antenatal perineal massage for trauma prevention: a pilot randomized clinical trial. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 35, 1–9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03813459>
- De la Cueva-Reguera, M., Rodríguez-Sanz, D., Calvo-Lobo, C., Fernández-Martínez, S., Martínez-Pascual, B., Robledo-Do-Nascimento, Y., Blanco-Morales, M., & Romero-Morales, C. (2020). Effectiveness of manual lymphatic drainage vs. perineal massage in secundigravida women with gestational oedema: A randomised clinical trial. *International Wound Journal*, 17(5), 1453–1461. <https://doi.org/10.1111/iwj.13427>
- Del Pino Monzón, J. (2022). *Eficacia de la realización del masaje perineal prenatal*. V, 128–135.
- Demirel, G., & Golbasi, Z. (2021). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(2), 183–186.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.048>
- Díaz, A. (2017). Inducción del trabajo de parto y postparto inmediato. *Rev. Obstetricia Integral Siglo Xxi*, 1(2), 16.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76135/9789584476180.14.pdf?sequence=10&isAllowed=y>
- Dieb, A. S., Shoab, A. Y., Nabil, H., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H. (2020). Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women

- older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 31(3), 613–619. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03937-6>
- Drake, R. L., Vogl, W., Mitchell, A. W. M., & Gray, H. (2020). Anatomía para estudiantes. In *Elsevier Health Sciences* (4^a ed). Elsevier. <https://doi.org/LK> - <https://worldcat.org/title/1148208211>
- Ducarme, G., Pizzoferrato, A. C., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., Pierre, F., Artzner, F., Jacquetin, B., & Fritel, X. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(7), 455–460. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>
- Dwilda, E., Ayu, G., & Dwi, R. (2022). Management of Perineal Massage in Pregnant Women as an Effort to Prevent Perineal Rupture in Vaginal Delivery (Literative Review). *KESASNS: International Journal of Health and Science*, 1(4), 697–702. <https://doi.org/https://doi.org/10.54543/kesans.v1i7.74> 2808-7178
- Elsebeiy, F. I. (2018). *Comparison of the Effects of Prenatal Perineal Massage Versus Kegel Exercise on Labor Outcome*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:201702092>
- Farideh, A., Sabeti, Z., Miri, M., & Najf, M. (2019). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 12(3), 160–166. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.048>
- Fatimah, & Lestari, P. (2019). The Relationship of Massage the Perineum with Ruptur Perineum. *Asia-Pasific Partnership On Health And Nutritional Improvement 2019*, 99, 37–41.
- Gaheen, M., & Abo-Hatab, T. (2021). Effect of Utilizing Perineal Massage, Warm Compresses and Hands on Techniques during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 23(4), 36–60. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2021.210228>
- Gomes Lopes, L., Maia Dutra Balsells, M., Teixeira Moreira Vasconcelos, C., Leite de Araújo, T., Teixeira Lima, F. E., & de Souza Aquino, P. (2022). Can pelvic floor muscle training prevent perineal laceration? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 157(2), 248–254. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13826>
- Gramaje, L., Asins, A., Chamón, P., & Llopis, C. (2016). Calidad y adecuación de las vías periféricas en el servicio de urgencias. *Enfermería Integral*, 111, 68–72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123573>

- Hajela, N., Anne Turner, K., Roos, J., & Rivera, M. (2021). Effectiveness of Prenatal Perineal Massage in Reducing the Risk of Perineal Trauma during Vaginal Delivery in Nulliparous Women. *Journal of Women's Health and Development*, 04(04), 136–150. <https://doi.org/10.26502/fjwhd.2644-28840068>
- Haryanti, P. (2019). The Effect of Perineal Massage on Perineal Status and Duration of Labor. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 14(2). <https://doi.org/10.20884/1.jks.2019.14.2.883>
- Herrera, D. (2018). Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en servicio de Gineco-obstetricia de Hospital Carlos Andrade Marín". *Acta Biologica Colombiana*, 7(3), 1–107. <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1891/OTORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Indrayani, T., & Tuasikal, N. (2020). The Effect of Perineal Massage on Perineal Tear Case on Primigravida Pregnant Mothers In Their Third Trimester In Public Health Center Care of Morokay 2018. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 588–592. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.346>
- Jacques, J. (2022). *Masaje perineal prenatal para la prevención de traumas: un ensayo clínico aleatorizado piloto*. 1–9.
- Jansson, M. H., Franzén, K., Hiyoshi, A., Tegerstedt, G., Dahlgren, H., & Nilsson, K. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
- Khamseh, F., Zagami, S., & Ghavami, V. (2022). The relationship between perineal trauma and striae gravidarum: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(5), 363–369. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_379_20
- Kiremitli, S., Kiremitli, T., Uluğ, P., & Yilmaz, N. (2022). Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage. *Pelviperineology*, 41(1), 17–22. <https://doi.org/10.34057/PPj.2022.41.01.2022-2-1>
- Lestari, P. (2019). *La relación de masajear el perineo con ruptura perineal*. 37–41.
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2023). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138,

104390. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104390>
- Lima, E. J. L., Moreira, M., Cidrão, A., de Aquino, P. de S., & do Nascimento, S. L. (2023). Women know about perineal trauma risk but do not know how to prevent it: Knowledge, attitude, and practice. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Meo, M. L. N. (2020). Antepartum Perineal Massages is Effective to Prevent Intrapartum Perineal Rupture. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8(4), 258–261. <https://doi.org/10.32771/inajog.v8i4.1156>
- Metwally, A., & Attas, R. (2020). Mothers' awareness and acceptability of antenatal perineal massage: a cross-sectional study. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 4(September), 1645–1651. <https://doi.org/10.24911/ijmdc.51-1599046205>
- Mudlikah, Siti; Safriana, R. E. (2020). Pendidikan Kesehatan Tentang Pijat Perineum Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Kamoning Sampang Health. *Jurnal Midpro*, 12(1), 60–66. <https://jurnalkesehatan.unisla.ac.id/index.php/midpro/article/view/136/pdf>
- Muñoz De la Torre, R., Mendoza Vilcahuaman, J., Jauregui Sueldo, J., Toral Santillán, E. J., Villanueva Navarro, K., & Quispe Aroni, R. (2022). Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. *MediSur*, 20(3), 402–408.
- Netter, F. H. (2019). *Atlas de anatomía humana*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.com.ec/books?id=NJuRDwAAQBAJ>
- Nikmah, K., Riski, A., & Ayu, E. (2022). Effectiveness of Perineum Massage in Primigravida Pregnant Women on Perineum Rupture in Materials. 15, 9–14.
- Nopitasari, D., Isnaini, N., & Kurniasari, D. (2022). Effect Of Perineum Massage On Perineum Rupture Incidence In Pregnancy. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 8(3), 499–507. <https://doi.org/10.33024/jkm.v8i3.3190>
- Oglak, S. C., & Obut, M. (2020). Effectiveness of Perineal Massage in the Second Stage of Labor in Preventing Perineal Trauma. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 26(2), 88–93. <https://doi.org/10.21613/gorm.2020.1068>
- Pérez, M., Torres, J., García, J., Rodríguez Adams, E., & Rodríguez Lara, H. (2019). *Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres*. 11, 1–25.
- Ramírez, R., Meneses, F., & Floréz, M. E. (2013). Una propuesta metodológica para la conducción de revisiones sistemáticas de la literatura en la investigación biomédica. *Revista CES Movimiento y Salud*, 1(1), 61–73. https://www.academia.edu/11851983/Una_propuesta_metodológica_para_la_conduccion_de_revisiones_sistemáticas_de_la_literatura_en_la_investigación_biomédica_Me

- thodology_in_conducting_a_systematic_review_of_biomedical_research_
- Romina, S., Ramezani, F., Falah, N., Mafi, M., & Ranjkesh, F. (2020). Effect of perineal massage with ostrich oil on the episiotomy and lacerations in nulliparous women: A randomized controlled clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 134–138. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_76_19
- Sadler, M. (2022). Nombrando la episiotomía de rutina por lo que es: mutilación genital femenina. Aportes conceptuales desde experiencias de parto en Chile. *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), 1–18. <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.995>
- Tejeda, C., Déctor, C. E., González, P., & Rodríguez, C. (2022). Perineal trauma: water birth versus conventional vaginal deliveries. *Sanid Milit Mex*, 72, 125–132.
- Texeira, D., Silveira, V., Andrade, D., Santos, F. C., & Rocha, L. (2022). Massagem perineal como recurso fisioterapêutico para prevenção de laceração no parto vaginal : revisão de literatura Perineal massage as a physical therapeutic resource for the prevention of laceration in vaginal birth : literature review Masaje perineal. *Research, Society and Development*, 2022, 1–9.
- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S., & Poornima, R. (2022). Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor. *Journal of Family and Reproductive Health*, 162–169.
- Wilson, A. N., & Homer, C. S. E. (2020). Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(2), 175–182. <https://doi.org/10.1111/ajo.13127>

ANEXOS

Anexo 1.

Gráfico 2. Escala de PEDro

Escala PEDro-Español

1. Los criterios de elección fueron especificados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
2. Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos (en un estudio cruzado, los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a medida que recibían los tratamientos)	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
3. La asignación fue oculta	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
4. Los grupos fueron similares al inicio en relación a los indicadores de pronóstico más importantes	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
5. Todos los sujetos fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
6. Todos los terapeutas que administraron la terapia fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
7. Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado clave fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
8. Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
9. Se presentaron resultados de todos los sujetos que recibieron tratamiento o fueron asignados al grupo control, o cuando esto no pudo ser, los datos para al menos un resultado clave fueron analizados por "intención de tratar"	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
11. El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:

La escala PEDro está basada en la lista Delphi desarrollada por Verhagen y colaboradores en el Departamento de Epidemiología, Universidad de Maastricht (Verhagen AP et al (1998). *The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12):1235-41). En su mayor parte, la lista está basada en el consenso de expertos y no en datos empíricos. Dos ítems que no formaban parte de la lista Delphi han sido incluidos en la escala PEDro (ítems 8 y 10). Conforme se obtengan más datos empíricos, será posible "ponderar" los ítems de la escala, de modo que la puntuación en la escala PEDro refleje la importancia de cada ítem individual en la escala.

El propósito de la escala PEDro es ayudar a los usuarios de la bases de datos PEDro a identificar con rapidez cuales de los ensayos clínicos aleatorios (ej. RCTs o CCTs) pueden tener suficiente validez interna (criterios 2-9) y suficiente información estadística para hacer que sus resultados sean interpretables (criterios 10-11). Un criterio adicional (criterio 1) que se relaciona con la validez externa ("generalizabilidad" o "aplicabilidad" del ensayo) ha sido retenido de forma que la lista Delphi esté completa, pero este criterio no se utilizará para el cálculo de la puntuación de la escala PEDro reportada en el sitio web de PEDro.

La escala PEDro no debería utilizarse como una medida de la "validez" de las conclusiones de un estudio. En especial, avisamos a los usuarios de la escala PEDro que los estudios que muestran efectos de tratamiento significativos y que puntúan alto en la escala PEDro, no necesariamente proporcionan evidencia de que el tratamiento es clínicamente útil. Otras consideraciones adicionales deben hacerse para decidir si el efecto del tratamiento fue lo suficientemente elevado como para ser considerado clínicamente relevante, si sus efectos positivos superan a los negativos y si el tratamiento es costo-efectivo. La escala no debería utilizarse para comparar la "calidad" de ensayos realizados en las diferentes áreas de la terapia, básicamente porque no es posible cumplir con todos los ítems de la escala en algunas áreas de la práctica de la fisioterapia.

Última modificación el 21 de junio de 1999. Traducción al español el 30 de diciembre de 2012